

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی تولید کنندگان کالا در قبال استفاده کنندگان و اشخاص ثالث



قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما براساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می شود لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی را مطابق با مشخصات ذیل صادر نمایید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام شود.	
لطفاً یک نسخه از بروشور چاپ شده شرکت را برای معرفی شرکت ضمیمه فرمایید.	
مشخصات بیمه گذار	نام متقاضی: شماره شناسنامه/ شماره ثبت: شناسه ملی/ کد ملی: تاریخ تولد/ ثبت: نام پدر: کد اقتصادی: پست الکترونیک: نشانی: تلفن: فکس:
	تاریخ تأسیس: تاریخ بهره برداری و شروع تولید محصول: نوع مالکیت: نشانی دفتر مرکزی: نشانی محل کارخانه: نام مدیر عامل: تعداد پرسنل: ۱- نوع/انواع محصولات تولیدی:
	نام کالا
	قیمت هر واحد
	تعداد(سالانه)
	مبلغ کل/ریال
مشخصات فعالیت بیمه گذار	۲- شرح کاربرد کالا:
	۳- لطفاً برآورد میزان فروش را اعلام فرمایید. (لطفاً آخرین تعرفه قیمت و برشور انواع محصولات را ضمیمه پرسشنامه نمایید)
	۴- نام کشوری را که دانش فنی تولید و همچنین نام شرکتی را که نمایندگی و مجوز ساخت محصول از آن دریافت شده است، را ذکر فرمایید:
	۵- آیا محصولات تولید شده در موارد زیر استفاده و کاربرد دارند؟ <input type="checkbox"/> صنایع الکترونیک - برق <input type="checkbox"/> صنایع هوایی <input type="checkbox"/> صنایع دریایی <input type="checkbox"/> صنایع خودروسازی <input type="checkbox"/> صنایع غذایی <input type="checkbox"/> تجهیزات مربوط به کامپیوتر <input type="checkbox"/> صنایع دارویی و بهداشتی <input type="checkbox"/> صنایع خانگی <input type="checkbox"/> صنایع چوبی <input type="checkbox"/> صنایع گازسوز و حرارتی <input type="checkbox"/> صنایع شیمی و پتروشیمی <input type="checkbox"/> صنایع نساجی و پوشاک <input type="checkbox"/> سایر:
	۶- مواد اولیه مورد استفاده در ساخت کالا و یا قطعات یدکی را با ذکر نام کشور سازنده بیان نمایید:
	۷- آیا تولیدات کارخانه تحت امتیاز (لیسانس) سازندگان معتبر خارجی یا داخلی قرار دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع استاندارد یا گواهی نامه را بنویسید:
	۸- آیا کالا دارای مجوز مؤسسه استاندارد یا سایر مؤسسات است؟ (لطفاً مجوز مربوطه را پیوست نمایید) بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	۹- لطفاً در صورت صدور ضمانت نامه (گارانتی) برای محصولات تولیدی و یا هر نوع قرارداد فروش محصولات، آن را ضمیمه فرمایید.
	۱۰- چه عیب و نقصی ممکن است در کالاهای تولید شما وجود داشته باشد و یا به وجود آید که اگر منجر به خسارت شود ممکن است شما به عنوان تولید کننده مسئول شناخته شوید؟

FO-LI-20-01

۱۱- عیب و نقص های مذکور ممکن است چه خطراتی در پی داشته باشند؟

۱۲- حداکثر عمر مفید انواع محصولات تولیدی:

۱۳- آیا تاکنون به علت عدم کیفیت محصول تولید شده، برگشت از خرید (مرجوعی) داشته اید؟ لطفاً چنانچه پاسخ شما مثبت است تعداد، علت و مبلغ را تشریح نمایید.

۱۴- تعداد تولیدات و فروش محصولات در سه سال اخیر را ذکر نمایید.

میزان تولید در سال	میزان فروش در سال
در سال: / / ۱۳	در سال: / / ۱۳
در سال: / / ۱۳	در سال: / / ۱۳
در سال: / / ۱۳	در سال: / / ۱۳

آیا در سه سال گذشته، حوادث منجر به فوت، نقص عضو، هزینه های پزشکی و یا خسارت مالی در ارتباط با محصولات تولیدی مربوطه روی داده است؟ بلی خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر تاریخ مرقوم فرمایید:

تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	تعداد خسارت مالی	مبلغ خسارت (ریال)

آیا قبلاً دارای بیمه نامه مسئولیت بوده اید؟ بلی خیر در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت بیمه و شماره بیمه نامه خود را ذکر فرمایید.

آیا متقاضی، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ خیر بلی لطفاً در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه را ذکر فرمایید.

مدت بیمه : روز از ساعت ۲۴ روز: تا ساعت ۲۴ روز:

مدت زمان پوشش بیمه ای: ماه از تاریخ فروش

حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی: ریال.

حداکثر تعهد بیمه گر جهت فوت هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام: ریال.

حداکثر هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه: ریال.

حداکثر تعهد بیمه گر جهت خسارت مالی در هر حادثه: ریال.

حداکثر تعهد بیمه گر جهت فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: ریال.

حداکثر تعهد بیمه گر جهت هزینه پزشکی در طی دوره بیمه: ریال.

حداکثر تعهد بیمه گر جهت خسارت مالی در طی دوره بیمه: ریال.

ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد.

نام و امضای بیمه گذار:

نام و امضای نماینده/کارگزار بیمه:

تاریخ تکمیل: