

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.																																		
مشخصات بیمه گذار	نام شرکت: .....	شناسه ملی: .....	کد اقتصادی: .....	تاریخ تأسیس: ..... / ..... / ۱۳.....																														
	نشانی: .....	نوع مالکیت: دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> شماره ثبت: .....	کد پستی: .....	تلفن: .....	نمابر: .....	پست الکترونیک: .....																												
مشخصات فعالیت بیمه گذار و نشانی	شماره مجوز و پروانه بهره برداری (در زمان صدور بیمه نامه ارسال تصویر مجوز الزامی است): .....																																	
	نشانی محل مورد بیمه: .....																																	
سابقه بیمه ای	تعداد سیستم های نصب یا تست شده در یک سال گذشته: .....																																	
	پیش بینی تقریبی آن برای یک سال آینده: .....																																	
مدت بیمه	نوع سیستم گازسوز: CNG <input type="checkbox"/> LPG <input type="checkbox"/> سایر: .....																																	
	نوع خودروهایی که سیستم بر آنها نصب می شود: .....																																	
تعهدات بیمه گر	آیا قبلاً دارای بیمه نامه مسئولیت بوده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت و شماره بیمه نامه را قید فرمایید.																																	
	آیا در سه سال گذشته، حوادث منجر به فوت، نقص عضو، هزینه های پزشکی و یا خسارت مالی در ارتباط با فعالیت مربوطه روی داده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر تاریخ مرقوم فرمایید:																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>تاریخ حادثه</th> <th>نوع حادثه</th> <th>تعداد فوت</th> <th>تعداد نقص عضو</th> <th>تعداد هزینه پزشکی</th> <th>تعداد خسارت مالی</th> <th>مبلغ خسارت (ریال)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>							تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	تعداد خسارت مالی	مبلغ خسارت (ریال)																					
تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	تعداد خسارت مالی	مبلغ خسارت (ریال)																												
آیا متقاضی، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه را ذکر فرمایید. ....																																		
مدت بیمه: ..... روز از تاریخ: ..... / ..... / ۱۳..... تا تاریخ: ..... / ..... / ۱۳.....																																		
<p>حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی: ..... ریال.</p> <p>حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام: ..... ریال.</p> <p>حداکثر هزینه های پزشکی ناشی از حوادث موضوع این بیمه نامه برای هر نفر در هر حادثه: ..... ریال.</p> <p>خسارت مالی ناشی از خطرات موضوع این بیمه نامه در هر حادثه: ..... ریال.</p> <p>حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت و نقص عضو طی دوره بیمه: ..... ریال.</p> <p>حداکثر تعهد بیمه گر جهت هزینه های پزشکی طی دوره بیمه: ..... ریال.</p> <p>حداکثر تعهد بیمه گر جهت خسارات مالی طی دوره بیمه: ..... ریال.</p>																																		
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.																																		
تاریخ تکمیل:		نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:		نام و امضاء متقاضی بیمه:																														