

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 با مشخصات زیر صادر نمایید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

مشخصات بیمه گذار	نام و نام خانوادگی: کد ملی: شماره شناسنامه: نام پدر: تاریخ تولد: / / ۱۳ نشانی: کدپستی: تلفن: همراه: پست الکترونیک:																											
	نام تعمیرگاه: نمایندگی شرکت: نشانی تعمیرگاه: نوع مالکیت تعمیرگاه: خصوصی <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> وضعیت تعمیرگاه: سروشیده <input type="checkbox"/> روباز <input type="checkbox"/> ساعت کار تعمیرگاه: کل مساحت محوطه تعمیرگاه: حداکثر ظرفیت تعمیرگاه: تعداد کارکنان: میزان تخصص کارکنان: تعداد متوسط خودروهای اشخاص ثالث که شب در تعمیرگاه می مانند: تعداد شیفت های کاری تعمیرگاه: ساعت کاری هر شیفت: وسایل و تجهیزات ایمنی تعمیرگاه: کپسول آتش نشانی <input type="checkbox"/> جعبه کمک های اولیه <input type="checkbox"/> سایر تجهیزات ایمنی: مسافت تا نزدیک ترین پایگاه آتش نشانی: آیا تعمیرگاه مجهز به وسایل و علائم ایمنی و حفاظتی از قبیل دزدگیر، دوربین مداربسته و امکانات اطفای حریق مناسب است؟ آیا تعمیرگاه دارای سیستم روشنایی در شب می باشد؟ خطرات تحت پوشش: آتش سوزی و انفجار <input type="checkbox"/> شکست شیشه <input type="checkbox"/> سرقت کلی <input type="checkbox"/> خطرات احتمالی: * این بیمه نامه صرفاً برای تعمیرگاه هایی صادر می گردد که سیستم کامپیوتری برای ثبت ورود و خروج خودروها داشته باشند.																											
مشخصات فعالیت بیمه گذار و نشانی	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)																						
سابقه بیمه ای	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 ساعت ۲۴ روز: تا ساعت ۲۴ روز:																											
مدت بیمه																												

- 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 غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام: ریال.
- حداکثر هزینه های پزشکی ناشی از حوادث موضوع این بیمه نامه برای هر نفر در هر حادثه: ریال.
- خسارت مالی ناشی از خطرات موضوع این بیمه نامه در هر حادثه: ریال.
- حداکثر تعهد بیمه گر جهت فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: ریال.
- حداکثر تعهد بیمه گر جهت هزینه های 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 امضاء متقاضی بیمه:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

تاریخ تکمیل: