

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی دارندگان آسانسور در قبال استفاده کنندگان



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 دارندگان آسانسور را مطابق با مشخصات ذیل صادر نمایید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام شود.																																																														
مشخصات بیمه گذار	نام متقاضی بیمه: کد اقتصادی: شماره ملی / شناسه ملی: شماره ثبت / شماره شناسنامه: تاریخ تأسیس / تاریخ تولد: / / ۱۳..... نشانی: پست الکترونیک: تلفن: دورنگار: همراه:																																																													
	تعداد آسانسورها: آیا تمام آسانسورها در یک ساختمان هستند: ☐ بلی ☐ خیر نشانی محل نصب آسانسور:																																																													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>نوع آسانسور (باربر / مسافربر / سایر)</th> <th>نوع کاربری</th> <th>ظرفیت آسانسور کیلوگرم / نفر</th> <th>تعداد طبقات (توقف)</th> <th>شماره و نوع موتور</th> <th>سال ساخت و کشور سازنده</th> <th>نام کارخانه سازنده</th> <th>تاریخ نصب و راه اندازی</th> <th>طول مسیر حرکت (متر)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><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><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><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><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>								نوع آسانسور (باربر / مسافربر / سایر)	نوع کاربری	ظرفیت آسانسور کیلوگرم / نفر	تعداد طبقات (توقف)	شماره و نوع موتور	سال ساخت و کشور سازنده	نام کارخانه سازنده	تاریخ نصب و راه اندازی	طول مسیر حرکت (متر)																																													
	نوع آسانسور (باربر / مسافربر / سایر)	نوع کاربری	ظرفیت آسانسور کیلوگرم / نفر	تعداد طبقات (توقف)	شماره و نوع موتور	سال ساخت و کشور سازنده	نام کارخانه سازنده	تاریخ نصب و راه اندازی	طول مسیر حرکت (متر)																																																					
(چنانچه تعداد آسانسورها بیش از موارد پیش بینی شده در جدول فوق است، لطفاً در برگه جداگانه ای پیوست فرمایید.) تابلوی کنترل و فرمان: ☐ دارد ☐ ندارد ☐ سیستم بکسل: ☐ دارد ☐ ندارد ☐ گیربکس: ☐ دارد ☐ ندارد ☐ نوع گیربکس: ترمز ایمنی و استحقاقی: ☐ دارد ☐ ندارد ☐ آیا کابین آسانسور / آسانسورها بدون درب است؟ ☐ بلی ☐ خیر																																																														
شرکت خدمات دهنده (تعمیرات و نگهداری)	نام شرکت: سابقه فعالیت شرکت در امور مربوط به سرویس و تعمیرات و نگهداری آسانسور: مدت قرارداد تعمیر و نگهداری: تعداد دفعات سرویس در ماه: نشانی:																																																													
	آیا قبلاً بیمه نامه مسئولیت داشته اید؟ ☐ بلی ☐ خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، شماره بیمه نامه سال قبل و نام شرکت بیمه را اعلام فرمایید. آیا در سه سال گذشته حوادث منجر به فوت و نقص عضو و یا هزینه های پزشکی داشته اید؟ ☐ بلی ☐ خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد، نوع و مبلغ خسارت را با ذکر تاریخ مرقوم فرمایید:																																																													
سابقه بیمه ای	<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>مبلغ خسارت (ریال)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><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></tr> <tr><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></tr> <tr><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	مبلغ خسارت (ریال)																																																
	تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)																																																								
آیا متقاضی، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر لطفاً در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه را ذکر فرمایید.																																																														

مدت بیمه: از تاریخ: / / تا تاریخ: / / ۱۳

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 برای هر نفر 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.

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: