

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی
مدیران پارکینگ های مکانیزه در قبال مراجعان



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.																																																						
بیمه گذار	نام و نام خانوادگی: کد ملی: نام پدر: شماره شناسنامه: تاریخ تولد: / / ۱۳..... نشانی بیمه گذار: کدپستی: تلفن: همراه: پست الکترونیک:																																																					
	نام پارکینگ: نوع مالکیت پارکینگ: خصوصی ☐ دولتی ☐ وضعیت پارکینگ: سرپوشیده ☐ روباز ☐ نشانی پارکینگ: کل مساحت محوطه پارکینگ: حداکثر ظرفیت پارکینگ: تعداد کارکنان: تعداد متوسط خودروهای اشخاص ثالث که شب در پارکینگ می مانند: تعداد شیفت های کاری پارکینگ: ساعت کاری هر شیفت: وسایل و تجهیزات ایمنی پارکینگ: کپسول آتش نشانی ☐ جعبه کمک های اولیه ☐ سایر تجهیزات ایمنی: مسافت تا نزدیک ترین پایگاه آتش نشانی: خطرات احتمالی:																																																					
پوشش اضافی	خسارت ناشی از آتش سوزی ☐ پاشیدن مواد شیمیایی ☐ خسارت ناشی از شکست شیشه ☐ خسارت ناشی از سرقت کلی ☐ آیا قبلاً دارای بیمه نامه مسئولیت بوده اید؟ بلی ☐ خیر ☐ در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت و شماره بیمه نامه را قید فرمایید. آیا پارکینگ در سه سال گذشته خسارت جانی یا مالی داشته است؟ خیر ☐ بلی ☐ در صورتیکه پاسخ مثبت است، لطفاً جدول ذیل تکمیل گردد.																																																					
	<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 ☐ بلی ☐ لطفاً در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه را ذکر فرمایید. مدت بیمه: روز از تاریخ: / / ۱۳..... تا تاریخ: / / ۱۳.....																																																					
	<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> <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)																																																
تعهدات بیمه گر	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.																																																					
تاریخ تکمیل:		نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:		نام و امضاء متقاضی بیمه:																																																		