

LAF066	شرکت بیمه سامان فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی بیمه گذار در قبال استفاده کنندگان از بالابر خودرو	 بیمه سامان Saman Insurance
تجدید نظر: 00		
صفحه: ۱ از ۲		

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)

شخص حقیقی	شخص حقوقی
نام و نام خانوادگی:	نام (مؤسسه، شرکت، سازمان):
تاریخ تولد: ۱۳ / /	
شماره ملی (الزامی است):	دولتی ☐ خصوصی ☐ تعاونی ☐
تلفن همراه:	تاریخ تأسیس: ۱۳ / /
سابقه کار در حرفه ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید:	شماره ثبت:
.....	شناسه ملی / کد اقتصادی (الزامی است):

مشخصات عمومی مورد بیمه

حد اکثر ظرفیت مجاز بالابر:	مشخصات فنی:
حد اکثر ارتفاع جابجایی:	نوع کابل:
نوع موتور:	شماره سریال:
سال ساخت:	سال نصب:
تعداد طبقات:	
کاربری محل مورد بیمه: مسکونی ☐ تجاری ☐	
محل و نشانی مورد بیمه:	
تلفن: فکس:	
آیا تا کنون بیمه نامه مسئولیت خریداری نموده اید؟ بلی ☐ خیر ☐	
در صورتیکه پاسخ مثبت است نام شرکت بیمه صادر کننده آن را بنویسید:	
آیا در سه سال گذشته خسارتی رخ داده است؟ بلی ☐ خیر ☐	
در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید.	

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

مدت بیمه نامه: روز. تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز ۱۳ / / تاریخ انقضاء: تا ساعت ۲۴ روز ۱۳ / /

پوششها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	
حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام	

LAF066	شرکت بیمه سامان فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی بیمه گذار در قبال استفاده کنندگان از بالابر خودرو	 Saman Insurance
تجدید نظر: 00		
صفحه: ۲ از ۲		

	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه
	حداکثر خسارت مالی در هر حادثه
	حداکثر خسارت مالی در طول مدت بیمه نامه
** بدینوسیله اعلام می‌دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می‌باشد و موافقت می‌نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.**	
- بیمه‌گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه‌نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.	
- بیمه‌گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.	

نماینده/کارگزار:
مهر، امضاء و تاریخ

بیمه گذار :
مهر، امضاء و تاریخ