

## فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی شرکت‌های نصب /

## تست سیستم گاز سوز خودرو



از شرکت بیمه آرمان (سهامی عام)، درخواست می‌شود بیمه نامه مسئولیت مدنی مسئولیت مدنی شرکت‌های نصب اتست سیستم گاز سوز خودرو را بر اساس مندرجات این پرسشنامه به مدت **بررسی‌نامه** صادر نماید.

روز از ساعت

مورخ

صادر نماید.

نامندگی/اکارگزار:	نام:
کد:	تلفن:
کد واحد صدور:	تاریخ تاسیس:

 خصوصی دولتی کدپستی

شماره مجوز و پروانه بهره برداری: ..... (در زمان صدور بیمه نامه ارسال تصویر مجوز الزامی است)

آیا در سه سال گذشته، حوادث منجر به فوت، نقص عضو و یا خسارت مالی در ارتباط با فعالیت مربوطه روی داده است؟ **بلی**  **خیر**

در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر تاریخ مرقوم نمائید:

توضیحات	تاریخ حادثه	نوع حادثه	مبلغ هزینه پزشکی	مبلغ فوت و نقص عضو	مبلغ خسارت مالی
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

آیا طی یکسال گذشته پوشش بیمه مسئولیت داشته اید؟ ..... شماره بیمه نامه و نام بیمه گر قبلی: .....

بینی تقریبی آن برای یکسال آینده: .....

تعداد کیت‌های تست شده در یکسال گذشته: .....

پیش بینی تقریبی آن برای یکسال آینده: .....

متقاضی پوشش بیمه ای پرداخت خسارت بدون رای دادگاه: می باشم

نمی باشم

بیمه نامه را به کدام یک از دو روش زیر می خواهید:

تعهدات زیر را برای تک تک خودروها می خواهم (روش سقف نامحدود).

تعهدات زیر را در مجموع برای کل قرارداد می خواهم (روش سقف محدود).

الف: در هر حادثه:

حداکثر غرامت فوت و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی برای هر نفر در ماههای عادی: .....

حداکثر غرامت فوت رای هر نفر در ماههای حرام: .....

حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه: .....

حداکثر خسارت مالی برای هر نفر در هر حادثه: .....

ب: در طی دوره بیمه:

حداکثر تعهد بیمه گر برای فوت و نقص عضو: .....

حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه پزشکی: .....

حداکثر تعهد بیمه گر برای خسارت مالی: .....

سایر توضیحات:

اینجانب تعهد می نمایم که کلیه پرسش‌های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی شرکتهای نصب اتست سیستم گاز سوز خودرو می باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع بیمه گر می تواند مطابق با مقررات اقدام نماید.

تاریخ:

مهر و امضاء بیمه گذار