

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی/مدیران پارکینگ‌های عمومی و خصوصی/نمایشگاه وسایل نقلیه موتوری در قبال اشخاص ثالث

متقاضی گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. در صورت صدور بیمه‌نامه، شرط اصلی اعتبار آن صحت اطلاعات مندرج در این فرم و پاسخ‌های شما است و به آن استناد خواهد شد. همچنین، تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌کند. فرم پیشنهاد می‌بایست بدون هر گونه خط‌خوردگی، لاک‌گرفتگی، خراشیدگی، دوباره‌نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

شماره پیشنهاد:	نام و کد شعبه:	نام و کد نماینده /کارگزار:	تاریخ درخواست:
پیشنهاد	نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده:	کد اختصاصی بیمه‌گذار:	
قرارداد	چنانچه قرارداد یا تفاهم‌نامه‌ای جداگانه‌ای برای پیشنهاد فوق منعقد گردیده است موارد زیر را تکمیل نمایید: عنوان قرارداد/ تفاهم‌نامه: شماره قرارداد/ تفاهم‌نامه: تاریخ عقد قرارداد/ تفاهم‌نامه:		
موضوع بیمه‌نامه	موضوع بیمه عبارت است از بیمه مسئولیت مدنی بیمه‌گذار که بر اساس آن بیمه‌گر متعهد می‌شود در ازای انجام تعهدات و وظایف بیمه‌گذار و پرداخت حق بیمه در موعد مقرر، خسارت جانی و مالی وارد به اشخاص ثالث (صاحبان اتومبیل‌های پارک شده و مراجعین) بر اثر آتش‌سوزی، انفجار، سرقت کلی در محدوده مکانی و زمانی مندرج در بیمه‌نامه که ناشی از فعالیت بیمه‌گذار و کارکنان وی باشد را پس از احراز مسئولیت طبق رأی مراجع قضایی یا نظر کارشناس بیمه‌گر با در نظر گرفتن شرایط و استثنائات مندرج در این بیمه‌نامه و اوراق پیوست جبران نماید.		
مشخصات بیمه‌گذار	بیمه‌گذار حقیقی	بیمه‌گذار حقوقی	
نام و نام خانوادگی:	نام:	شناسه ملی:	
شماره شناسنامه:	کد ملی:	تلفن تماس (ثابت):	کدپستی:
تلفن تماس (ثابت):	تاریخ تولد:	نمابر:	همراه:
آدرس محل سکونت:	همراه:	آدرس پارکینگ:	
نام و نشانی پارکینگ (نشانی باید ختم به پلاک / پلاک ثبتی یا کدپستی باشد):			
وضعیت حقوقی پارکینگ: دولتی	خصوصی	استیجاری	
نوع پارکینگ: سرپوشیده	روباز	مساحت کل محوطه پارکینگ: مترمربع	شماره مجوز:
ساعات کاری: شبانه‌روزی	غیر شبانه‌روزی	از ساعت:	تا ساعت:
تعداد طبقات:	ظرفیت پارکینگ:	نوع خودروها: سبک	سنگین
نوع کاربرد پارکینگ: خودروهای توقیفی	خودروهای تصادفی	پارک موقت (عادی)	سایر
مایل هستید خسارات مالی ناشی از موارد ذیل تحت پوشش بیمه‌نامه باشد؟	شکست شیشه	برخورد مواد شیمیایی و سقوط اجسام بر روی خودرو	سرقت جزئی (به شرط وجود دوربین مداربسته)
خسارت مالی ناشی از جابجایی خودرو توسط کارکنان و ماشین‌های خودرو بر	خسارت مالی ناشی از جابجایی خودرو توسط کارکنان و ماشین‌های خودرو بر	پاشش مواد شیمیایی	پاشش مواد شیمیایی
- آیا پارکینگ مجزا برای موتورسیکلت وجود دارد؟	بله	خیر	(در صورت مثبت بودن پاسخ ظرفیت آن را مشخص نمایید):
- نوع حصار پارکینگ: بدون حصار	توری	دیوار	سایر
- آیا پارکینگ مجهز به دوربین مدار بسته می‌باشد؟	بله	خیر	
- آیا پارکینگ دارای امکانات اطفای حریق می‌باشد؟	بله	خیر	
- آیا پارکینگ دارای امکانات سیستم روشنایی شب می‌باشد؟	بله	خیر	
- آیا مایل به اخذ پوشش مسئولیت کارکنان می‌باشید؟	بله	خیر	
- شیوه مدیریت ورود و خروج: بدون ثبت	ثبت دستی	ثبت کامپیوتری و صدور قبض	کارت الکترونیکی
- تعداد نگهبان در هر شیفت:			
در صورت وجود هر گونه موارد تشدید خطر غیر از موارد ذکر شده در این پرسشنامه لطفاً توضیح دهید:			
طی یک سال گذشته پوشش بیمه مسئولیت داشته‌اید؟ در صورت مثبت بودن شماره بیمه‌نامه و بیمه‌گر قبلی خود را مرقوم فرمایید.			
شرکت بیمه سال قبل:	شماره بیمه‌نامه سال قبل:		
آیا در ۵ سال گذشته، در رابطه با مسئولیت حرفه‌ای شما از جانب مراجعین، ادعایی علیه شما در مراجع قضایی یا خارج از مراجع قضایی مطرح گردیده است؟	بله	خیر	(در صورت مثبت بودن پاسخ، شرح کاملی از علت، نوع حادثه، تاریخ و مبلغ خسارت را ذکر نمایید).
شرح خسارت توسط بیمه‌گذار:			
امضاء و توضیحات کارشناس صدور:	مهر و امضاء و اثر انگشت پیشنهاد دهنده:		

۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه عادی

ریال _____

۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه حرام

ریال _____

۳- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه

ریال _____

۴- تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه

ریال _____

۵- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه

ریال _____

۶- حداکثر تعهد مالی در هر حادثه

ریال _____

۷- حداکثر تعهد مالی در طول مدت بیمه نامه

ریال _____

آیا مایل به خرید پوشش های اضافی ذیل می باشید؟*** پرداخت خسارت بدون رای دادگاه**بله ☐ خیر ☐

غرامت فوت بر مبنای قصور بیمه گذار و حداکثر تا میزان مندرج در جدول تعهدات بیمه نامه یا معادل ریالی ارزاترین نوع دیه رایج، هر کدام که کمتر باشد محاسبه می گردد. درصدهای نقص عضو با نظر پزشک معتمد بیمه گر تعیین و بر مبنای درصدهای مشخص شده و میزان قصور بیمه گذار و حداکثر تا سرمایه مندرج در جدول تعهدات بیمه نامه و یا معادل ریالی ارزاترین نوع دیه رایج هر کدام که کمتر باشد محاسبه و پرداخت می گردد.

*** جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه**بله ☐ خیر ☐

هزینه های پزشکی موضوع بیمه براساس صورتحساب های معتبر مراکز درمانی تاسقف تعهدات هزینه پزشکی بیمه نامه بدون اعمال تعرفه جبران می گردد.

*** پوشش افزایش ریالی دیه**بله ☐ خیر ☐

به موجب این کلوز، تعهد بیمه گر جهت افزایش دیه روز و حداکثر به میزان _____ بار افزایش دیه به نسبت تعهدات مندرج در بیمه نامه که توسط مراجع قضایی تعیین می گردد، خواهد بود.

*** غرامت نقص عضو مازاد بر دیه اول (با سرمایه _____ ریال)**بله ☐ خیر ☐

مسئولیت بیمه گذار درقبال جبران غرامت نقص عضو مازاد بر میزان مندرج در بیمه نامه تحت پوشش می باشد. حداکثر سرمایه مورد تعهد دیه مصوب ماه عادی می باشد.

*** حذف فرانشیز مالی (غیر از سرقت کلی)**بله ☐ خیر ☐

تعهد مالی موضوع بیمه نامه بدون اعمال فرانشیز حداکثر تا مبلغ تعهدات بیمه نامه جبران می گردد. فرانشیز سرقت کلی مشمول این پوشش نمی باشد.

*** حذف فرانشیز غرامت هزینه پزشکی**بله ☐ خیر ☐

هزینه های پزشکی موضوع بیمه نامه بدون اعمال فرانشیز حداکثر تا مبلغ تعهدات بیمه نامه جبران می گردد.

مدت بیمه نامه: _____ روز

از تاریخ: _____

تا تاریخ: _____

تذکر: محاسبه ی حق بیمه در بیمه نامه های کمتر از یک سال طبق تعرفه ی کوتاه مدت انجام می گیرد.

نحوه پرداخت حق بیمه : نقد ☐ اقساط: ☐

شرح اقساط: _____ درصد معادل _____ ریال به صورت نقد و مابقی در _____ قسط متوالی مساوی ماهانه

شروع و اعتبار پوشش بیمه ای و اجرای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه به ترتیبی است که در شرایط خصوصی و اعلامیه بدهکار بیمه نامه پیش بینی شده است در غیر این صورت خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی به حق بیمه ای که باید پرداخت می شد، محاسبه می گردد. جهت اعتبار بیمه نامه انجام تعهدات از سوی بیمه گذار مقدم بر انجام تعهدات از سوی شرکت بیمه می باشد.

توضیحات تکمیلی بیمه گذار: _____

اینجانب _____ بدینوسیله تایید می نمایم که کلیه اطلاعاتی را که در خصوص مورد بیمه در ارزیابی خطر موثر است در زمان عقد قرارداد یا در جریان آن (اعم از اینکه این اطلاعات در فرم پیشنهاد درخواست شده باشد یا خیر)، باکمال صداقت و درستی اظهار نمایم به طوری که بیمه گر با بهره گیری از این اطلاعات بتواند اهمیت خطری را که مورد پوشش قرار می دهد را تشخیص دهد. موافقت می گردد این پرسشنامه و شرایط عمومی ابلاغی بیمه مرکزی اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. امضای این برگه بدون صدور بیمه نامه به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و پیشنهاد دهنده نمی باشد.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد:

نام و نام خانوادگی / مهر / امضاء / اثر انگشت بیمه گذار:

مهر و امضای معرف:

امضاء و توضیحات کارشناس صدور:

توجه: متقاضی گرامی، ضمن تشکر از انتخاب شرکت بیمه دی، در صورت پذیرش درخواست شما و تخصیص شناسه واریز بانکی و واریز اولین قسط حق بیمه به حساب شرکت بیمه دی، بیمه نامه شما به استناد رسید نقدی واریزی از ساعت ۲۴ روز واریز معتبر است و شما به خانواده بزرگ بیمه گذاران عمر بیمه دی خواهید پیوست.