

پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی دارندگان ماشین آلات در قبال اشخاص ثالث

با توجه به اینکه بیمه نامه بر اساس اطلاعات مندرج در این پرسشنامه صادر می گردد، خواهشمند است نسبت به ارائه پاسخ صحیح و دقت کافی در تکمیل آن، اقدام نمائید.

نام پیشنهاد دهنده (حقیقی <input type="radio"/> حقوقی <input 2"="" type="radio>):</td> </tr> <tr> <td colspan="/> نام بیمه گذار (حقیقی <input type="radio"/> حقوقی <input 2"="" type="radio>):</td> </tr> <tr> <td>تاریخ پیشنهاد:</td> <td>تلفن ثابت:</td> </tr> <tr> <td>تلفن همراه:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>کد ملی/شناسه ملی:</td> <td>تاریخ تولد:</td> </tr> <tr> <td colspan="/> نشانی بیمه گذار/ پیشنهاد دهنده (به صورت کامل):	
کد پستی:	پست الکترونیکی:
توجه: پیشنهاد دهنده می بایست شخصی باشد که دارای مجوز از مراجع ذیصلاح بوده (بیمه نامه صرفاً بنام بیمه گذار صادر می گردد).	
نوع فعالیت:	
نوع ماشین آلات:	
تعداد ماشین آلات:	
پوشش های اضافی: پوشش مسئولیت راننده (اپراتور) <input type="radio"/> پوشش شخص راننده (اپراتور) <input type="radio"/>	
نشانی محل فعالیت و محدوده مکانی تحت پوشش بیمه نامه:	
لطفاً در مورد سوابق خسارتی (بدنی و مالی) و میزان آن در ۲ سال گذشته توضیح دهید.	
پوشش های اضافی: ۱- پوشش پرداخت خسارت بدون رای دادگاه <input type="radio"/> ۲- پوشش پرداخت هزینه پزشکی بدون اعمال تعرفه وزارت بهداشت و درمان <input type="radio"/>	
۳- پوشش ما به التفاوت افزایش دیه به مدت یکسال <input type="radio"/> دو سال <input type="radio"/> سه سال <input type="radio"/> ۴- حداکثر تعهد برای نقص عضوهای بیش از یک دیه در هر حادثه ----- ریال و در طول مدت بیمه نامه ----- ریال (حداکثر سقف پوشش تا ۲ دیه می باشد).	
۱- میزان تعهدات مورد درخواست:	
ریال	۱-۱- هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه:
ریال	۱-۲- حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت اعتبار بیمه نامه:
ریال	۱-۳- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماههای عادی:
ریال	۱-۴- غرامت فوت برای هر نفر در ماههای حرام:
ریال	۱-۵- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه:
ریال	۱-۶- خسارت مالی در هر حادثه:
ریال	۱-۷- خسارت مالی در طول مدت اعتبار بیمه نامه:
مدت بیمه نامه:	

بدینوسیله اعلام می دارد کلیه اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و موافقت می دارد که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرارگیرد.

امضاء بیمه گذار/ امضاء پیشنهاد دهنده

تاریخ: