

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 ازاء انجام تعهدات و وظایف بیمه‌گذار و پرداخت حق بیمه در موعد مقرر، خسارات جانی وارده به مصدومین و بیماران که ناشی از عملکرد پایگاه اورژانس و مراکز آمبولانس باشد و مسئولیت بیمه‌گذار توسط بیمه‌گر و در صورت لزوم توسط مراجع قضایی محرز شناخته شود، بیمه‌گر بر اساس مفاد و شرایط و حداکثر تا سقف تعهدات بیمه‌نامه خسارت وارده را جبران نماید.																																											
مشخصات بیمه‌گذار	بیمه‌گذار حقیقی		بیمه‌گذار حقوقی																																									
	نام و نام خانوادگی: _____ کد ملی: _____ شماره شناسنامه: _____ تاریخ تولد: _____ تلفن تماس (ثابت): _____ همراه: _____ آدرس محل سکونت: _____		نام شرکت/ سازمان/ واحد صنفی: _____ شناسه ملی: _____ کد اقتصادی: _____ کدپستی: _____ تلفن تماس (ثابت): _____ همراه: _____ نمایر: _____ آدرس دفتر مرکزی: _____																																									
مشخصات	نوع بیمه‌گذار: <input type="checkbox"/> آمبولانس خصوصی <input type="checkbox"/> مراکز اورژانس استان (پایگاه‌های اورژانس) نوع مالکیت: <input type="checkbox"/> صاحب مجموعه <input type="checkbox"/> استیجاری تعداد مرکز آمبولانس یا پایگاه اورژانس: _____ نام و نشانی دقیق مراکز: _____ تعداد رانندگان آمبولانس: _____ آیا تمایل دارید مسئولیت رانندگان آمبولانس نیز تحت پوشش قرار گیرد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی آیا تمایل دارید مسئولیت اپراتورهای مرکز نیز تحت پوشش قرار گیرد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی مشخصات آمبولانس: _____ چنانچه تعداد ماشین آلات بیش از ۵ مورد باشد مشخصات آنها طبق جدول ذیل در پشت فرم پیشنهاد درج و مهر و امضاء گردد:																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ردیف</th> <th>شماره پلاک</th> <th>نوع آمبولانس (A.B.C)</th> <th>شماره موتور</th> <th>شماره شاسی</th> <th>شماره شهرداری</th> <th>سال ساخت</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>۱</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>۲</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>۳</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>۴</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>۵</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			ردیف	شماره پلاک	نوع آمبولانس (A.B.C)	شماره موتور	شماره شاسی	شماره شهرداری	سال ساخت	۱							۲							۳							۴							۵					
ردیف	شماره پلاک	نوع آمبولانس (A.B.C)	شماره موتور	شماره شاسی	شماره شهرداری	سال ساخت																																						
۱																																												
۲																																												
۳																																												
۴																																												
۵																																												
سابقه بیمه‌ای و خسارات	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 <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت مثبت بودن پاسخ، شرح کاملی از علت، نوع حادثه، تاریخ و مبلغ خسارت را ذکر نمایید).																																											
	شرح خسارت توسط بیمه‌گذار: _____																																											
تایید بیمه‌گذار	امضاء و توضیحات کارشناس صدور: _____ مهر و امضاء اثر انگشت پیشنهاد دهنده: _____																																											

- ۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه عادی
- ۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه حرام
- ۳- حداکثر تعهد بیمه‌گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه‌نامه
- ۴- تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه
- ۵- حداکثر تعهد بیمه‌گر برای جبران هزینه پزشکی در طول مدت بیمه‌نامه

آیا مایل به خرید پوشش‌های اضافی ذیل می‌باشید؟

* پرداخت خسارت بدون رای دادگاه

بله ☐ خیر ☐

غرامت فوت بر مبنای قصور بیمه‌گذار و حداکثر تا میزان مندرج در جدول تعهدات بیمه‌نامه یا معادل ریالی ارزشترین نوع دیه رایج، هرکدام که کمتر باشد محاسبه می‌گردد. درصدهای نقص عضو با نظر پزشک معتمد بیمه‌گر تعیین و بر مبنای درصدهای مشخص شده و میزان قصور بیمه‌گذار و حداکثر تا سرمایه مندرج در جدول تعهدات بیمه‌نامه و یا معادل ریالی ارزشترین نوع دیه رایج هرکدام که کمتر باشد محاسبه و پرداخت می‌گردد.

* جبران هزینه‌های پزشکی بدون اعمال تعرفه

بله ☐ خیر ☐

هزینه‌های پزشکی موضوع بیمه براساس صورتحساب‌های معتبر مراکز درمانی تاسقف تعهدات هزینه پزشکی بیمه‌نامه بدون اعمال تعرفه جبران می‌گردد.

* پوشش افزایش ریالی دیه

بله ☐ خیر ☐

به موجب این کلوز، تعهد بیمه‌گر جهت افزایش دیه روز و حداکثر به میزان _____ بار افزایش دیه به نسبت تعهدات مندرج در بیمه‌نامه که توسط مراجع قضایی تعیین می‌گردد، خواهد بود.

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

بله ☐ خیر ☐

مسئولیت بیمه‌گذار درقبال جبران غرامت نقص عضو مازاد بر میزان مندرج در بیمه‌نامه تحت پوشش می‌باشد. حداکثر سرمایه مورد تعهد دیه مصوب ماه عادی می‌باشد.

* حذف فرانشیز غرامت هزینه پزشکی

بله ☐ خیر ☐

هزینه‌های پزشکی موضوع بیمه‌نامه بدون اعمال فرانشیز حداکثر تا مبلغ تعهدات بیمه‌نامه جبران می‌گردد.

مدت بیمه‌نامه: _____ روز از تاریخ: _____ تا تاریخ: _____
تذکر: محاسبه‌ی حق بیمه در بیمه‌نامه‌های کمتر از یک سال طبق تعرفه‌ی کوتاه مدت انجام می‌گیرد.

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 بیمه‌ای و اجرای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق بیمه به ترتیبی است که در شرایط خصوصی و اعلامیه بدهکار بیمه‌نامه پیش‌بینی شده است در غیر این صورت خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی به حق بیمه‌ای که باید پرداخت می‌شد، محاسبه می‌گردد. جهت اعتبار بیمه‌نامه انجام تعهدات از سوی بیمه‌گذار مقدم بر انجام تعهدات از سوی شرکت بیمه می‌باشد.

توضیحات تکمیلی بیمه‌گذار: _____

اینجانب _____ بدینوسیله تایید می‌نمایم 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 بیمه‌گر با بهره‌گیری از این اطلاعات بتواند اهمیت خطری را که مورد پوشش قرار می‌دهد را تشخیص دهد. موافقت می‌گردد این پرسشنامه و شرایط عمومی ابلاغی بیمه مرکزی اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. امضای این برگه بدون صدور بیمه‌نامه به معنی قبول تعهد توسط بیمه‌گر و پیشنهاد دهنده نمی‌باشد.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد:

نام و نام خانوادگی/مهر/امضاء/اثرانگشت بیمه‌گذار:

مهر و امضای معرف:

امضاء و توضیحات کارشناس صدور:

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