

## 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 هرگونه خط خوردگی، لاک‌گرفتگی، خراشیدگی، دوباره‌نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

شماره پیشنهاد:	نام و کد شعبه:	نام و کد نماینده/کارگزار:	تاریخ درخواست:
نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده:	کد اختصاصی بیمه‌گذار:		
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.			
بیمه‌گذار حقیقی		بیمه‌گذار حقوقی	
نام و نام خانوادگی: کد ملی: شماره شناسنامه: تلفن تماس (ثابت): آدرس محل سکونت:	نام: کد ملی: تلفن تماس (ثابت): نمابر: آدرس پارکینگ:	شناسه ملی: کدپستی: همراه: آدرس پارکینگ:	
نام و نشانی پارکینگ (نشانی باید ختم به پلاک/ پلاک ثبتی یا کدپستی باشد):			
وضعیت حقوقی پارکینگ: دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> استیجاری <input type="checkbox"/> نوع پارکینگ: سرپوشیده <input type="checkbox"/> روباز <input type="checkbox"/> ساعات کاری: شبانه‌روزی <input type="checkbox"/> غیر شبانه‌روزی <input type="checkbox"/> تعداد طبقات: ظرفیت پارکینگ: مساحت کل محوطه پارکینگ: متر مربع: شماره مجوز: از ساعت: تا ساعت: نوع کاربرد پارکینگ: خودروهای توقیفی <input type="checkbox"/> خودروهای تصادفی <input type="checkbox"/> نوع خودروها: سبک <input type="checkbox"/> سنگین <input type="checkbox"/> مایل هستید خسارات مالی ناشی از موارد ذیل تحت پوشش بیمه‌نامه باشد؟ شکست شیشه <input type="checkbox"/> برخورد مواد شیمیایی و سقوط اجسام بر روی خودرو <input type="checkbox"/> پارک موقت (عادی) <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> خسارت مالی ناشی از جابجایی خودرو توسط کارکنان و ماشین‌های خودرو بر <input type="checkbox"/> پاشش مواد شیمیایی <input type="checkbox"/> - آیا پارکینگ مجزا برای موتورسیکلت وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت مثبت بودن پاسخ ظرفیت آن را مشخص نمایید) - نوع حصار پارکینگ: بدون حصار <input type="checkbox"/> توری <input type="checkbox"/> دیوار <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> - آیا پارکینگ مجهز به دوربین مدار بسته می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> - آیا پارکینگ دارای امکانات اطفای حریق می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> - آیا پارکینگ دارای امکانات سیستم روشنایی شب می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> - آیا مایل به اخذ پوشش مسئولیت کارکنان می‌باشید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> - شیوه مدیریت ورود و خروج: بدون ثبت <input type="checkbox"/> ثبت دستی <input type="checkbox"/> ثبت کامپیوتری و صدور قبض <input type="checkbox"/> کارت الکترونیکی <input type="checkbox"/> - تعداد نگهبان در هر شیفت: بدون ثبت <input type="checkbox"/> ثبت دستی <input type="checkbox"/>			
در صورت وجود هرگونه 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: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> 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؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> 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 بیمه‌گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه‌نامه \_\_\_\_\_ ریال
- ۴- تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه \_\_\_\_\_ ریال
- ۵- حداکثر تعهد بیمه‌گر برای جبران هزینه پزشکی در طول مدت بیمه‌نامه \_\_\_\_\_ ریال
- ۶- حداکثر تعهد مالی در هر حادثه \_\_\_\_\_ ریال
- ۷- حداکثر تعهد مالی در طول مدت بیمه‌نامه \_\_\_\_\_ ریال

**آیا مایل به خرید پوشش‌های اضافی ذیل می‌باشید؟****\* پرداخت خسارت بدون رای دادگاه**بله  خیر 

گرامت فوت بر مبنای قصور بیمه‌گذار و حداکثر تا میزان مندرج در جدول تعهدات بیمه‌نامه یا معادل ریالی ارزاترین نوع دیه رایج، هر کدام 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 ارزاترین نوع دیه رایج هر کدام 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 در قبال جبران غرامت نقص عضو مازاد بر میزان مندرج در بیمه‌نامه تحت پوشش می‌باشد. حداکثر سرمایه مورد تعهد دیه مصوب ماه عادی می‌باشد.

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

تعهد مالی موضوع بیمه‌نامه بدون اعمال فرانشیز حداکثر تا مبلغ تعهدات بیمه‌نامه جبران می‌گردد. فرانشیز سرقت کلی مشمول این پوشش نمی‌باشد.

**\* 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.

نام و نام خانوادگی / مهر / امضاء / اثر انگشت بیمه‌گذار:

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد:

امضاء و توضیحات کارشناس صدور:

مهر و امضای معرف: