



پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی دارندگان جرثقیل و لیفتراک در مقابل خسارات جانی و مالی وارد به اشخاص ثالث

تهران، خیابان آیت اله طالقانی، حد فاصل خیابان
ولیعصر و خیابان حافظ، ساختمان شماره ۴۰۴
تلفن: ۱۳ و ۶۶۴۰۹۹۱۲
فاکس: ۶۶۹۷۷۲۰۶
کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

بدینوسیله از شرکت بیمه آسیا (سهامی عام)، درخواست می‌شود بیمه نامه مسئولیت مدنی دارندگان جرثقیل، لیفتراک در قبال خسارات وارد به اشخاص ثالث را با توجه به اطلاعات مورد
درخواست مندرج در این پیشنهاد برای بیمه گذار با مشخصات زیر به مدت روز از ساعت مورخ تا ساعت مورخ صادر نماید.

مشخصات بیمه گزار

نام کامل بیمه گذار:
نشانی بیمه گذار:
شماره ملی: کد اقتصادی:
شماره مجوز:
سابقه کار:
واحد صدور: نشانی محل مورد بیمه:

مدت بیمه: جمعاً ماه از ساعت ۲۴ روز الی ساعت ۲۴ روز

مشخصات بیمه نامه

نوع وسیله:
شماره موتور:
سال ساخت:
شماره شهربانی:
شماره بیمه نامه شخص ثالث:
آیا تمایل به پوشش کارگران دارید: بلی خیر
نام و نام خانوادگی:
نام و نام خانوادگی:
نام و نام خانوادگی:
آیا تاکنون سابقه بیمه مسئولیت داشته‌اید: بلی خیر
نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه:
تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت، نقص عضو یا هزینه پزشکی گردیده است:
فوت: نفر طی حادثه نقص عضو: نفر طی حادثه هزینه پزشکی: نفر طی حادثه

تعهدات مورد درخواست

۱ - غرامت فوت و صدمات جسمانی برای هر نفر در هر حادثه در ماه‌های عادی حداکثر: مبلغ ریال
۲ - غرامت فوت برای هر نفر در ماه‌های حرام حداکثر: مبلغ ریال
۳ - حداکثر تعهد بیمه‌گر برای فوت و صدمات جسمانی طی مدت بیمه‌نامه: مبلغ ریال
۴ - هزینه پزشکی ناشی از حادثه موضوع این بیمه‌نامه برای هر نفر در هر حادثه: مبلغ ریال
۵ - حد اکثر تعهد بیمه‌گر برای هزینه‌های پزشکی طی مدت بیمه‌نامه: مبلغ ریال
۶ - حداکثر تعهد بیمه‌گر برای خسارات مالی در هر حادثه: مبلغ ریال
۷ - حد اکثر تعهد بیمه‌گر برای خسارات مالی در طول مدت بیمه‌نامه: مبلغ ریال

بدینوسیله اعلام می‌دارد که اظهارات مندرج در این پیشنهاد و پرسشنامه صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از ذکر هیچ مطلب لازمی خودداری
نشده است و در صورت اثبات خلاف موارد اعلام شده، مسئولیت آن متوجه شخص بیمه گذار و یا نماینده وی می‌باشد. بنابراین موافقت می‌شود این پیشنهاد اساس صدور
بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد و بیمه گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه نامه صادره مسئول جبران خسارت خواهد بود.

تاریخ تکمیل پیشنهاد: مهر و امضای نمایندگی یا کارگزاری: نام / مهر و امضای بیمه گذار:
تلفن تماس: