

LAF122

کد سند :

شرکت بیمه سامان

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارواش در قبال استفاده کنندگان



شماره تجدید نظر: 00

جهت ضمیمه :

| شماره صفحه | شماره تجدید نظر | تاریخ | شرح تغییرات |
|------------|-----------------|------------|-------------|
| کل صفحات | 00 | 1400/06/15 | صدور اولیه |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| تصویب کننده | تایید کننده | | تهیه کننده/بازنگری کننده |
|---|---|---|---|
| هادی رئیس زاده | مهدی فلاح | نکین فیروز | علی صرفی |
|  |  1400/07/04 |  1400/07/04 |  1400/07/03 |
| 1400/07/06 | فرزاد فروغی | عبدالرسول عطانی | |
| |  1400/07/06 |  1400/07/04 | |



مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

| شخص حقیقی | شخص حقوقی |
|---|--|
| نام و نام خانوادگی: ... تاریخ تولد: ... شماره ملی (الزامی است): ... سابقه کار در حرفه‌ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید: ... | نام (مؤسسه، شرکت، سازمان): ... دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> تعاونی <input type="checkbox"/> تاریخ تأسیس: ... شماره ثبت: ... شناسه ملی: ... کد اقتصادی: ... |
| نشانی و اقامتگاه قانونی بیمه گذار: ... | |
| کد پستی: ... تلفن ثابت: ... شماره تلفن همراه: ... | دورنگار: ... تلفن همراه: ... |

موضوع و مشخصات

| | |
|--|--|
| آیا تا کنون بیمه‌نامه مسئولیت برای کارواش خریداری نموده‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت بیمه صادر کننده آن را بنویسید: ... | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| آیا در سال‌های گذشته خسارتی وارد شده است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نوع، میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید: ... | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| نام کارواش مورد بیمه: ... نشانی: ... تلفن: ... | نوع مالکیت: <input type="checkbox"/> استیجاری <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> |
| ساعات کاری کارواش: <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> روزانه و شبانه | تعداد شیفت کاری: ... از ساعت: ... لغایت: ... تعداد نگهبان: ... |
| حداکثر ظرفیت تعمیرگاه مجاز/کارواش شامل (کارواش: ...) بررسی امکانات موجود در محل کارواش مورد بیمه: | دستگاه سواری: ... دستگاه موتور سیکلت: ... |
| سیستم اطفاء حریق <input type="checkbox"/> ثبت رایانه ورود-خروج <input type="checkbox"/> | دوربین مداربسته <input type="checkbox"/> سایر: ... |
| وسایل و تجهیزات ایمنی متعارف: <input type="checkbox"/> سطل شن <input type="checkbox"/> | وسایل اطفاء حریق مناسب <input type="checkbox"/> سایر: ... |
| نحوه کنترل ورود و خروج خودروها: <input type="checkbox"/> کارت الکترونیکی <input type="checkbox"/> | صدور قبض رایانه ای <input type="checkbox"/> سایر: ... |
| آیا مایلید خسارات مالی ناشی از موارد زیر تحت پوشش بیمه نامه باشند؟ | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |



شرکت بیمه سامان

LAF122

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارواش در قبال استفاده کنندگان

تجدید نظر: ۰۰

صفحه: ۲ از ۲

حوادث حین تست تا شعاع ۵ کیلومتر (صرفاً خسارت مالی وارد به خودروی در حال تست در تعمیرگاه)

کارواش بخار:

خیر بلی

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

مدت بیمه نامه (به روز): ... تاریخ شروع بیمه نامه از ساعت ۲۴ روز / ۱۴۰۰ / تاریخ انقضاء بیمه نامه از ساعت ۲۴ روز / ۱۴۰۰ /

پوشش‌ها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

| تعهدات مورد درخواست بیمه گذار | تعهد به ریال |
|---|--------------|
| حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه | ... |
| حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه | ... |
| حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی | ... |
| حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام | ... |
| حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه | ... |
| حداکثر خسارت مالی در هر حادثه | ... |
| حداکثر خسارت مالی در طول بیمه نامه | ... |

پوشش های تکمیلی

- چنانچه خواسته ای مزاد بر موارد فوق الذکر دارید، این قسمت را تکمیل نمایید: ...

بدینوسیله اعلام می‌دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می‌باشد و موافقت می‌نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

- بیمه‌گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه‌نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

- بیمه‌گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

- به اطلاع می‌رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه‌نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه‌گذار بیمه‌نامه صادر خواهد گردید..

بیمه گذار:

نماینده/ کارگزار:

مهر، امضاء، تاریخ

مهر، امضاء، تاریخ