

پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مدیران پارکینگ های خودرو در قبال استفاده کنندگان

متقاضی محترم با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می گردد. خواهشمند است به کلیه پرسشهای مطروحه زیر بطور دقیق و کامل پاسخ دهید.

نام و کد معرف :	
۱- مشخصات متقاضی :	
۱/۱- نام متقاضی (حقوقی) :	۱/۲- نام و نام متقاضی (حقیقی) :
۱/۱/۱- شناسه ملی :	۱/۲/۱- کد ملی :
۱/۱/۲- کد اقتصادی :	۱/۲/۲- شماره شناسنامه :
۱/۳- نشانی متقاضی :	
تلفن ثابت :	تلفن همراه :
تلفن ثابت :	نمابر :
تلفن ثابت :	کد پستی :
۲- مشخصات محل مورد بیمه :	
۲/۱- نشانی پارکینگ :	
تلفن ثابت :	دور نگار :
تلفن ثابت :	کد پستی :
۲/۲- حداکثر ظرفیت	۲/۳- مساحت
۲/۴- تعداد نگهبان (در شبانه روز)	۲/۵- تعداد درب (ورود و خروج)
۲/۶- نوع مالکیت : <input type="checkbox"/> ملکی <input type="checkbox"/> استیجاری <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> عمومی	
نام مدیر : / سابقه مدیریت سال / تاریخ تاسیس	
۲/۷- ساعت کاری : <input type="checkbox"/> شبانه روزی <input type="checkbox"/> روزانه	
(روزهای کاری از ساعت لغایت) - تعداد شیفت کاری :	
۲/۸- امکانات مرکز :	
دوربین مدار بسته <input type="checkbox"/> دزدگیر <input type="checkbox"/> نگهبان شب <input type="checkbox"/> سیستم اعلام و اطفاء حریق <input type="checkbox"/> سیستم روشنایی در شب <input type="checkbox"/> سایر	
۲/۹- نحوه کنترل ورود و خروج : <input type="checkbox"/> کارت الکترونیکی <input type="checkbox"/> صدور قبض رایانه ای <input type="checkbox"/> ثبت دستی <input type="checkbox"/>	
۲/۱۰- وضعیت پارکینگ : <input type="checkbox"/> سرپوشیده <input type="checkbox"/> روباز <input type="checkbox"/> طبقاتی <input type="checkbox"/> (تعداد طبقات ظرفیت هر طبقه)	
نوع پوشش محوطه : <input type="checkbox"/> دیوار <input type="checkbox"/> توری <input type="checkbox"/> سایر	
۲/۱۱- پارکینگ مجزا برای موتور سیکلت وجود دارد ؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت مثبت بودن پاسخ ظرفیت آن رامشخص نمائید	
۲/۱۲- متوسط تعداد استفاده کنندگان پارکینگ به تفکیک روز : عادی : نیمه تعطیل : تعطیل :	
۲/۱۳- آیا مایلید خسارات مالی ناشی از موارد زیر نیز تحت پوشش بیمه نامه باشند؟ <input type="checkbox"/> سرقت کلی <input type="checkbox"/> سرقت جزئی <input type="checkbox"/> شکست شیشه <input type="checkbox"/> سرقت کلی <input type="checkbox"/> سرقت جزئی <input type="checkbox"/> سقوط اجسام بر روی خودرو <input type="checkbox"/> سرقت کلی <input type="checkbox"/> سرقت جزئی <input type="checkbox"/> شکست شیشه <input type="checkbox"/> سقوط اجسام بر روی خودرو <input type="checkbox"/>	

۳- سابقه بیمه ای

۳/۱- آیا تا کنون نزد شرکت بیمه دیگری دارای بیمه نامه بوده اید؟ در صورت پاسخ مثبت شرح دهید.

۳/۲- لطفاً حوادثی که در دو سال گذشته موجب بروز خسارت در آن پارکینگ شده است را در جدول زیر اعلام نمائید:

نوع حادثه	تعداد	علت حوادث	مبلغ پرداخت شده

۴- مدت و میزان تعهدات مورد درخواست:

ریال	۴/۱- تعهدات بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه
ریال	۴/۲- حداکثر تعهدات بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه نامه
ریال	۴/۳- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی
ریال	۴/۴- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام
ریال	۴/۵- حداکثر تعهدات بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه
ریال	۴/۶- تعهدات بیمه گر برای جبران خسارت مالی در هر حادثه
ریال	۴/۷- حداکثر تعهدات بیمه گر برای جبران خسارت مالی در طول مدت بیمه نامه
	۴/۸- مدت زمان پوشش بیمه ای مورد درخواست ماه می باشد.

اینجانب بدینوسیله اعلام میدارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است. همچنین موافقت می شود که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.

نام و امضای متقاضی :

تاریخ :