



پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی دارندگان جرثقیل در قبال اشخاص ثالث

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 خانوادگی 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:		نمبر:		کدپستی :	
۲- مشخصات مورد بیمه :							
نام وسیله نقلیه	رنگ	تناژ	شماره موتور	شماره بدنه/شاسی	شماره شهربانی	سال ساخت	کشور سازنده
۲/۱- وسیله مورد بیمه کدام نوع می باشد ؟ <input type="checkbox"/> ثابت <input type="checkbox"/> متحرک							
۲/۲- آیا وسیله مورد بیمه دارای بیمه نامه شخص ثالث می باشد ؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر در صورت مثبت بودن پاسخ شماره بیمه نامه و تاریخ انقضای آن درج گردد. شماره بیمه نامه تاریخ انقضاء							
۲/۳- آیا متقاضی مالک وسیله مورد بیمه می باشد ؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر							
۲/۴- نشانی یا محدوده فعالیت ؟							
۲/۵- تراکم اشخاص ثالث در محدوده فعالیت مورد بیمه را مشخص فرمایید؟ <input type="checkbox"/> کم تردد <input type="checkbox"/> پرتردد							



۲/۶- خطرهای احتمالی :

۳- سوابق بیمه ای

۳/۱- آیا تاکنون سابقه پوشش بیمه مسئولیت داشته اید ؟ بله خیر
در صورت مثبت بودن نام شرکت و شماره بیمه نامه سال گذشته را ذکر نمایید:

۳/۲- سوابق خسارت طی سه سال گذشته :

سال حادثه	تعداد حادثه	موضوع حادثه	مبلغ خسارت (ریال)	علت / مقصر حادثه

۴- مدت و میزان تعهدات درخواستی :

ریال	تعهدات بیمه گر
	۴/۱- تعهد بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی هر نفر در هر حادثه
	۴/۲- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه نامه
	۴/۳- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی
	۴/۴- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام
	۴/۵- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه
	۴/۶- تعهد بیمه گر برای جبران خسارت مالی در هر حادثه
	۴/۷- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران خسارت مالی در طول مدت بیمه نامه
	۴/۸- مدت زمان پوشش بیمه مورد درخواست: ماه از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز

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 :