



پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی دارندگان و نصابان آسانسور و پله برقی در قبال استفاده کنندگان

پیشنهاد دهنده (بیمه گذار) محترم، نظر به اینکه مفاد بیمه نامه و تعهدات بیمه گر بر مبنای اطلاعات ارائه شده در این فرم میباشد، خواهشمند است نسبت به ارائه پاسخ صحیح و کامل به تمامی سئوالات، در نهایت حسن نیت اقدام فرمائید.

مشخصات پیشنهاد دهنده	نام پیشنهاد دهنده (حقیقی <input type="checkbox"/> حقوقی <input type="checkbox"/>): تاریخ تولد/ثبت: / / شماره شناسنامه/ثبت: نشانی: استان: شهر: خیابان: تلفن ثابت (بهمراه کد): دورنگار: پست الکترونیک/وب سایت:
	کدملی/شناسه ملی: کد اقتصادی: کوچه: کد پستی: تلفن همراه:
	پلاک/شماره:

مشخصات مورد بیمه	وضعیت پیشنهاد دهنده: نصاب <input type="checkbox"/> بهره بردار/دارنده <input type="checkbox"/> نوع کابین: درب داخلی <input type="checkbox"/> بدون درب داخلی <input type="checkbox"/> گیربکس: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع: نوع کاربری آسانسور: نفربر <input type="checkbox"/> باربر <input type="checkbox"/> در صورت بروز حادثه برای استفاده کنندگان از آسانسور/پله برقی آیا امکانات کمک های اولیه در محل وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	سابقه فعالیت در امور نصب، سرویس و نگهداری آسانسور: سال: تابلوی کنترل فرمان: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> سیستم بکسل: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ترمز ایمنی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نوع پله برقی: یکطرفه <input type="checkbox"/> دوطرفه <input type="checkbox"/>

مدت بیمه	از تاریخ: تا تاریخ: به مدت: روز.
-----------------	--

ردیف	نام دستگاه (سازنده)	شماره و نوع موتور	تعداد	سال ساخت و کشور سازنده	تعداد توقف (طبقات)	ظرفیت مجاز (کیلوگرم/نفر)	تاریخ نصب و راه اندازی	نحوه بازدید و سرویس	طول مسیر حرکت	نشانی محل نصب

سوابق بیمه ای و خسارت	۱. آیا در سال قبل/سال های قبل، چنین بیمه نامه ای داشته اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، نام شرکت بیمه گر قبلی، شماره بیمه نامه و تاریخ شروع و انقضاء بیمه نامه را ذکر فرمائید. ۲. آیا در طول ۳ (سه) سال گذشته، حوادثی در ارتباط با موضوع این پیشنهاد در محل پروژه های مشابه اتفاق افتاده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً تعداد و مبلغ هر خسارت را به تفکیک بیان فرمائید.
------------------------------	--

ردیف	پوشش بیمه ای	سرمایه درخواستی (ریال)
۱	حداکثر غرامت فوت و نقص برای هر نفر در هر حادثه (ماه های عادی)	
۲	حداکثر غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه (ماه حرام)	
۳	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه نامه	
۴	حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	
۵	حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت اعتبار بیمه نامه	
۶	حداکثر خسارت مالی در هر حادثه	
۷	حداکثر خسارت مالی در طول مدت بیمه نامه	

شعبه/نماینده/کارگزار مهر و امضاء: تاریخ:	تأییدیه پیشنهاد دهنده صحت پاسخ های ارائه شده مورد تأیید است. نام، مهر و امضای پیشنهاد دهنده: تاریخ:
--	--