آدرس دفترمرکزی : تهران اتوبان حقانی پلاک ۵۳
شرکت بیمه معلم
شماره تماس : ۸۸۷۹۵۰۵۲
شماره فکس : ۸۸۷۸۱۲۴۵

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی دارندگان آسانسور در قبال استفاده کنندگان

از شرکت بیمه معلم (سهامی عام)، درخواست می شود بیمه نامه مسئولیت مدنی دارندگان آسانسور در قبال استفاده کنندگان را بر اساس مندرجات این پیشنهاد صادر نماید .

مشخصات بیمه گذار

نمایندگی /کارگزاری:

نام و نام خانوادگی بیمه گذار:

تاریخ تولد : کد ملی :

آدرس محل اقامت بیمه گذار :

کد پستی : تلفن ثابت : تلفن همراه :

سوابق بیمه ای

آیا تا به حال بیمه نامه ای برای این موضوع فعالیت داشته اید : خیر ☐ بلی ☐

نام بیمه گر : شماره بیمه نامه :

آیا در طول سه سال گذشته خسارتی داشته اید ؟ خیر ☐ بلی ☐

تعدادخسارت : مبلغ خسارت :

خطر های احتمالی :

نحوه سرویس و نگهداری آسانسور را توضیح دهید:

تعهدات درخواستی

مدت بیمه و حداکثر پوشش های مورد درخواست :

مدت بیمه ماه شروع از ساعت ۲۴ روز انقضا ساعت ۲۴ روز

لطفا میزان تعهدات درخواستی (پوشش بیمه ای) مورد نظر را مشخص نمائید :

حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه عادی	ریال
حداکثر غرامت فوت برای هر نفر در ماه حرام	ریال
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه	ریال
حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	ریال
حداکثر تعهد هزنه پزشکی در طول مدت بیمه نامه	ریال
حداکثر تعهد مالی در هر حادثه	ریال
حداکثر تعهد مالی در طول مدت بیمه نامه	ریال

مشخصات آسانسور

نوع کاربری آسانسور : مسافربر ☐ بار بر ☐ نوع کاربری ساختمان : مسکونی ☐ اداری ، تجاری ☐ سایر :

ظرفیت آسانسور: تعداد توقف: تعداد طبقات ساختمان : کمتر از ۱۵ طبقه ☐ بیشتر از ۱۵ طبقه ☐

آدرس محل نصب آسانسور مورد بیمه :

آیا مایل به پوشش مسئولیت مالک ، هیئت مدیره و یا سرویس کار آسانسور هستید؟ بله ☐ خیر ☐

آیا کابین آسانسور دارای درب داخلی است؟ بله ☐ خیر ☐

آیا سیستم آسانسور هیدرولیک می باشد ؟ بله ☐ خیر ☐

آیا آسانسور مورد بیمه دارای گواهی استاندارد می باشد؟ بله ☐ خیر ☐

پوشش های تکمیلی مورد درخواست

آیا مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر می باشید :

نوع پوشش	بله	خیر
۱- پرداخت خسارت بدون رای دادگاه		
۲- جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه		
۳-پوشش تعدد دیات و دیات غیرمسری		

مهر و امضا

بدینوسیله اعلام و اقرار می نمایم پاسخ های مندرج در این پیشنهاد بطور کامل و صحیح اظهار گردیده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از هیچ مطلب لازمی خود داری نشده است . همچنین موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جز لاینفک آن قرار گیرد

نام و امضا پیشنهاد دهنده:

تاریخ :

اطلاعات مندرج در پیشنهاد توسط بیمه گذار تکمیل و امضا گردیده است .

مهر و امضا نماینده (کارگزار) کد نماینده (کارگزار)

تاریخ :