



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

شناسه مدرک: PI-4210-FR-110

شماره بازنگری: 05

پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی  
صاحبان تعمیرگاه های خودرو در قبال اشخاص ثالث

| بیمه گزار                                                                       | نام بیمه گزار (حقیقی / حقوقی):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | کد ملی / شناسه ملی:             | کد نمایندگی:                                                                                                                             |                  |       |                                 |                   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------|---------------------------------|-------------------|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                                                                 | تاریخ تولد / تاسیس:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | کد پستی:                        | خانم / آقای:                                                                                                                             |                  |       |                                 |                   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مشخصات                                                                          | نشانی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | تلفن همراه:                     | کار گزار:                                                                                                                                |                  |       |                                 |                   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 | تلفن ثابت:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | نمابر:                          | واحد صدور:                                                                                                                               |                  |       |                                 |                   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مدت                                                                             | مدت بیمه نامه: ..... روز / سال. تاریخ شروع بیمه نامه: از ساعت ۲۴ مورخ ..... تاریخ پایان بیمه نامه تا ساعت ۲۴ مورخ .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                          |                  |       |                                 |                   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مشخصات مورد بیمه                                                                | نام و نشانی تعمیرگاه: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                 |                                                                                                                                          |                  |       |                                 |                   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 | <p>نوع مالکیت: <input type="checkbox"/> صاحب مجموعه <input type="checkbox"/> استیجاری نام مدیر: ..... سابقه مدیریت: ..... سال تاریخ تاسیس: .....</p> <p>نوع تعمیرگاه: <input type="checkbox"/> مجاز <input type="checkbox"/> غیر مجاز حداکثر ظرفیت تعمیرگاه: ..... دستگاه خودرو مساحت تعمیرگاه: ..... مترمربع.</p> <p>وضعیت تعمیرگاه: <input type="checkbox"/> سرپوشیده <input type="checkbox"/> روباز ساعت کاری: از ساعت: ..... تا ..... روزهای کاری: ..... میزان تخصص کارکنان: ..... تعداد کارکنان: ..... نفر.</p> <p>مسافت تا نزدیک ترین بیمارستان و یا مرکز درمانی: ..... مسافت تا نزدیک ترین پایگاه آتش نشانی: ..... امکانات ایمنی و حفاظتی مورد بیمه:</p> <p><input type="checkbox"/> جعبه کمک های اولیه <input type="checkbox"/> دوربین مدار بسته <input type="checkbox"/> کنترل رایانه ای ورود و خروج خودرو <input type="checkbox"/> سیستم اعلام و اطفای حریق</p> <p>چنانچه مورد بیمه <u>تعمیرگاه مجاز خودرو و مجهز به دوربین مدار بسته</u> می باشد، تمایل دارید خسارت مالی ناشی از موارد زیر تحت پوشش قرار گیرد؟</p> <p><input type="checkbox"/> سقوط خودرو از وسایل بالا برنده <input type="checkbox"/> خسارت وارد به بدنه خودروها و شکست شیشه در محل تعمیرگاه <input type="checkbox"/> سرقت کلی خودرو <input type="checkbox"/> حوادث حین تست خودرو به شعاع ۲ کیلومتر از محل تعمیرگاه</p> <p>توجه: پوشش مالی وارد به خودروها در تعمیرگاه های غیرمجاز، تنها ناشی از خطرات آتش سوزی و انفجار می باشد.</p> |                                 |                                                                                                                                          |                  |       |                                 |                   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| پوشش های تکمیلی                                                                 | <p><input type="checkbox"/> پوشش پرداخت هزینه های پزشکی بر اساس صورت حساب های بیمارستانی <input type="checkbox"/> پوشش تعدد دیات و دیات غیر مسری مبلغ ..... ریال.</p> <p><input type="checkbox"/> پوشش پرداخت خسارت بدون رای دادگاه <input type="checkbox"/> پوشش حذف فرانشیز هزینه های پزشکی</p> <p><input type="checkbox"/> پوشش افزایش دیات از تاریخ شروع بیمه نامه برای <input type="checkbox"/> یک سال <input type="checkbox"/> دو سال <input type="checkbox"/> سه سال.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |                                                                                                                                          |                  |       |                                 |                   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| سوابق بیمه ای                                                                   | <p>آیا مورد بیمه در گذشته نزد شرکت دیگری بیمه بوده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی نزد شرکت بیمه: .....</p> <p>آیا مورد بیمه سابقه خسارت داشته است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی شماره بیمه نامه سال قبل: ..... آمار خسارت از سه سال گذشته تا کنون: .....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 |                                                                                                                                          |                  |       |                                 |                   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 | <table border="1"> <thead> <tr> <th>تاریخ حادثه</th> <th>تعداد</th> <th>نوع حادثه (فوت / نقص عضو و ...)</th> <th>مبلغ خسارت (ریال)</th> <th>علت / مقصر حادثه</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                 |                                                                                                                                          | تاریخ حادثه      | تعداد | نوع حادثه (فوت / نقص عضو و ...) | مبلغ خسارت (ریال) | علت / مقصر حادثه |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| تاریخ حادثه                                                                     | تعداد                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | نوع حادثه (فوت / نقص عضو و ...) | مبلغ خسارت (ریال)                                                                                                                        | علت / مقصر حادثه |       |                                 |                   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |                                                                                                                                          |                  |       |                                 |                   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |                                                                                                                                          |                  |       |                                 |                   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |                                                                                                                                          |                  |       |                                 |                   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| میزان تعهدات درخواستی                                                           | الف: در هر حادثه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 | ب: در طی دوره بیمه نامه                                                                                                                  |                  |       |                                 |                   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 | <p>حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه های عادی: ..... ریال.</p> <p>حداکثر تعهد فوت برای هر نفر در ماه های حرام: ..... ریال.</p> <p>حداکثر تعهد هزینه های پزشکی برای هر نفر: ..... ریال.</p> <p>حداکثر تعهد خسارت مالی: ..... ریال.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 | <p>حداکثر تعهد فوت و نقص عضو: ..... ریال.</p> <p>حداکثر تعهد هزینه های پزشکی: ..... ریال.</p> <p>حداکثر تعهد خسارت مالی: ..... ریال.</p> |                  |       |                                 |                   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| تاییدیه بیمه گزار                                                               | <p>اینجانب ..... به عنوان بیمه گزار / نماینده بیمه گزار تعهد می نمایم که اظهارات درج شده در این پیشنهاد بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه مسئولیت مدنی صاحبان تعمیرگاه های خودرو در قبال اشخاص ثالث تنظیم شده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند مطابق مقررات رفتار نماید. از این رو موافقت می گردد این پیشنهاد مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد.</p> <p>تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد: ..... نام و نام خانوادگی، امضاء و مهر بیمه گزار: .....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                 |                                                                                                                                          |                  |       |                                 |                   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| این قسمت توسط نمایندگی / واحد صدور تکمیل می گردد:                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |                                                                                                                                          |                  |       |                                 |                   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>مهر و امضاء و کد نمایندگی / واحد صدور: ..... تاریخ دریافت پیشنهاد: .....</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |                                                                                                                                          |                  |       |                                 |                   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |