



فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی دارندگان و سرویس کاران آسانسور ، پله برقی و پیاده روی متحرک در قبال استفاده کنندگان

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان
پانزدهم، پلاک ۲.
تلفن: ۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱، نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

الف: مشخصات عمومی

۱- نام کامل بیمه گذار (حقیقی / حقوقی) :
 نوع بیمه گذار: (دولتی خصوصی شماره ملی/ شناسه ملی : کد اقتصادی (شخص حقوقی) : نام کارگزار / نماینده و کد :

۲- نشانی دقیق ، کد پستی و تلفن بیمه گذار :

۳- تعداد حوادث در سه سال گذشته و شرح نوع حوادث :

ردیف	سال حادثه	تعداد حادثه	نوع حادثه (هزینه پزشکی ، فوت و نقص عضو و مالی)	علت	درصد تقصیر	میزان خسارت (ریال)

۴- شماره بیمه نامه سال قبل : نام بیمه گر قبلی

ب: مشخصات و امکانات مورد بیمه

✓ چنانچه مورد بیمه آسانسور باشد موارد زیر را تکمیل نمایید :

■ مشخصات آسانسور :
 چنانچه تعداد آسانسورها بیش از ۵ مورد باشد مشخصات آنها طبق جدول زیر در پشت فرم پیشنهاد درج و مهر و امضاء گردد.

ردیف	نوع (نفر/باربر)	ظرفیت (نفر/کیلوگرم)	تعداد توقف (طبقات)	شماره و نوع موتور	مدل و کشور سازنده دستگاه	تاریخ نصب و راه اندازی	کاربری ساختمان	نشانی دقیق محل نصب
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								

■ تابلوی کنترل و فرمان : رله ای میکروپروسسور سایر
 - وضعیت بیمه گذار : دارنده آسانسور سرویس کار آسانسور سایر

■ سیستم بگسل : دارد ندارد

■ گیربکس (در صورت وجود) : نوع شماره سریال کشور سازنده نوع ترمز موتور گیربکس ولتاژ

■ درب کابین : دارد ندارد (منظور از درب کابین ، در کشویی داخلی می باشد)

✓ چنانچه مورد بیمه ، پله برقی یا پیاده روی متحرک باشد موارد زیر را تکمیل نمایید : پله برقی پیاده روی متحرک هر دو

■ تعداد پله برقی / پیاده روی متحرک / عرض دستگاه متر / سرعت نامی متر بر ثانیه

✓ نام و نشانی شرکت سرویس دهنده و نحوه سرویس و نگهداری :

ج: مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

مدت زمان بیمه:	روز/ شروع بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ	انقضاء بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ
هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه	ریال	
هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)	ریال	
گرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه	ریال	
گرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)	ریال	
خسارت مالی در هر حادثه (آسانسور باری)	ریال	
خسارت مالی در طول مدت بیمه (آسانسور باری)	ریال	

د: تأییدیه بیمه گذار

بدینوسیله گواهی می نماید که اظهارات فوق منطبق با واقعیت بوده و صحت آن را تأیید می نمایم و موافقم که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد نام و امضاء بیمه گذار

واحد صدور (شعبه/نمابندگی):

تاریخ دریافت فرم پیشنهاد امضاء و مهر واحد صدور