



فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیر پایگاه اورژانس و مراکز آمبولانس
(امداد رسانی و کمک های اولیه پزشکی) در قبال مصدومین و بیماران

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 (فوت و نقص عضو)	علت	درصد تقصیر	میزان خسارت (ریال)

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

ب: مشخصات مرکز اورژانس

نوع بیمه گذار : مرکز آمبولانس خصوصی مراکز اورژانس استان (پایگاه های اورژانس)

تعداد مرکز آمبولانس یا پایگاه اورژانس :

نام و نشانی مرکز / مراکز :

نوع مالکیت : صاحب مجموعه استیجاری - نام مدیر : سال تاسیس سابقه مدیریت سال.

تعداد رانندگان آمبولانس نفر .

تعداد اپراتورهای مرکز نفر .

آیا مایلید مسئولیت رانندگان آمبولانس نیز تحت پوشش قرار گیرد ؟ بلی خیر

آیا تمایل دارید مسئولیت اپراتورهای مرکز نیز تحت پوشش قرار گیرد ؟ بلی خیر

مشخصات آمبولانس : چنانچه تعداد آمبولانس بیش از ۷ مورد باشد ، مشخصات آنها طبق جدول زیر در پشت فرم پیشنهاد درج و مهر و امضاء گردد.

ردیف	شماره پلاک	شماره موتور	شماره شاسی	نوع آمبولانس (تیپ A ، B ، C)	نام کشور و شرکت سازنده	رنگ خودرو	سایر ملاحظات
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							

ج: مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

مدت زمان بیمه: روز / شروع بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ انقضاء بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ

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)

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/نماینده):

تاریخ دریافت فرم پیشنهاد امضاء و مهر واحد صدور