



بیمه ما
ma insurance

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی
شرکت‌های نصب / تست سیستم گاز سوز خودرو

نشانی: تهران - میدان ونک
خیابان ونک - پلاک ۹
کدپستی: ۱۹۹۴۶۱۸۳۱۷
تلفن: ۰۲۱ - ۸۶۹۰
www.bimehma.ir

(MM203F015/00)

از شرکت بیمه "ما" درخواست می شود بیمه نامه مسئولیت مدنی شرکت های نصب / تست سیستم گاز سوز خودرو را بر اساس مندرجات این پیشنهاد به مدت روز
از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ صادر نماید .

مشخصات بیمه گذار

نام: کد پستی:
تلفن: نامبر:
تاریخ تأسیس: دولتی خصوصی
نشانی:

نماینده/ کارگزار:
کد:
کد واحد صدور:

مشخصات فعالیت

شماره مجوز و پروانه بهره برداری (در زمان صدور بیمه نامه ارسال تصویر مجوز الزامی است)
آیا در سه سال گذشته ، حوادث منجر به فوت و نقص عضو و یا خسارت مالی در ارتباط با فعالیت مربوطه روی داده است ؟ بلی خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر تاریخ مرقوم فرمایید:

تاریخ حادثه	نوع حادثه	مبلغ هزینه پزشکی	مبلغ فوت و نقص عضو	مبلغ خسارت مالی	توضیحات

آیا طی یکسال گذشته پوشش بیمه مسئولیت داشته اید؟ شماره بیمه نامه و نام بیمه گر قبلی:
تعداد سیستم های نصب یا تولیدی در یک سال گذشته؟ و پیش بینی تقریبی آن برای یکسال آینده؟
نوع سیستم گاز سوز؟ نوع خودروهایی که سیستم بر آنها نصب می شود؟
آیا برای تولید/ نصب های خود برگ ضمانت (گارانتی) صادر می کنید؟

تعهدات درخواستی بیمه گذار
برای استفاده کنندگان و اشخاص ثالث

بیمه نامه را به کدام یک از دو روش زیر می خواهید؟

- تعهدات زیر را برای تک تک خودروها می خواهم (روش سقف نامحدود)
 تعهدات زیر را در مجموع و برای کل قرارداد می خواهم (روش سقف محدود)

الف: در هر حادثه:

- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی برای هر نفر در ماه های عادی : ریال
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه های حرام: ریال
حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر: ریال
حداکثر خسارت مالی در هر حادثه : ریال
ب: در طی دوره بیمه :
حداکثر تعهد بیمه گر برای فوت و نقص عضو: ریال
حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه پزشکی: ریال
حداکثر تعهد بیمه گر برای خسارت مالی: ریال

سایر توضیحات

اینجانب تعهد می نمایم که به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی شرکت های نصب / تست سیستم گاز سوز خودرو می باشد ، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع ، بیمه گر می تواند مطابق مقررات اقدام نماید.

تاریخ:

مهر یا امضای بیمه گذار: