

	فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی در قبال استفاده کنندگان از آسانسور	کد مدرک: FO-LB-37/01 شماره: تاریخ:
--	---	--

مقتضای گرامی! باتوجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه براساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می شود، خواهشمندیم موارد درخواست شده را به صورت کامل، دقیق و خوانا پاسخ داده و هیچ یک را بدون پاسخ یا خط تیره نگذارید. اگر سؤالی غیرمرتبط است، در مقابل آن علامت [X] بگذارید.

نام پیشنهاد دهنده:	کد ملی / شناسه ملی:	
	نام پدر:	
	تلفن / تلفن همراه:	
	نشانی:	
مشخصات پیشنهاد دهنده	تاریخ تولد/تأسیس: روز ماه سال	
	کد پستی:	
	کد:	
	نماینده/ کارگزار:	

نشانی محل نصب و مشخصات آسانسور	نقش پیشنهاد دهنده: شرکت نصب / خدمات آسانسور ☐ مالک / مدیر / هیئت مدیره ساختمان ☐								
	تعداد آسانسورها: دستگاه. (توجه: در صورت وجود بیش از یک آسانسور حتماً باید تمام آسانسورها در یک ساختمان باشد.)								
	نوع آسانسور/ها (نفر بر / نفر بر و باربر)	ظرفیت آسانسور (نفر)	نوع کاربری (مسکونی، اداری، تجاری)	تعداد طبقات	تعداد توقف	نوع موتور	سال ساخت و کشور سازنده	تاریخ نصب و راه اندازی	طول مسیر حرکت (متر)
	چنانچه اطلاعات آسانسورها در جدول فوق گنجانده نشده است، لطفاً مشخصات را در برگه جداگانه ای پیوست فرمایید.								
	پیوست: ☐ دارد ☐ ندارد								
	نشانی دقیق محل نصب آسانسور(ها):								
	نام و نام خانوادگی مدیر:								
	آیا آسانسور(ها) امکانات زیر را دارد؟								
	درب کابین:	دارد ☐ ندارد ☐	ترمز ایمنی:	دارد ☐ ندارد ☐	سیستم بکسل:	دارد ☐ ندارد ☐	گیربکس:	دارد ☐ ندارد ☐	تابلوی کنترل و فرمان:
آیا با یک شرکت معتبر برای تعمیر / سرویس / نگهداری آسانسور(ها) قرارداد دارید؟									
مشخصات شرکت سرویس و نگهداری	توجه: در هنگام اعلام خسارت، ارائه تصویر قرارداد تعمیر و نگهداری معتبر در زمان بروز حادثه با یک شرکت ذی صلاح در زمینه تعمیر و نگهداری آسانسور که بازدیدها و سرویس های دوره ای را انجام می دهد، الزامی است. در غیر این صورت بیمه گر تعهدی در قبال پرداخت خسارت نخواهد داشت.								



فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی در قبال استفاده کنندگان از آسانسور

کد مدرک: FO-LB-37/01

شماره:

تاریخ:

لطفاً آمار حوادث پیش آمده در سه سال گذشته را در جدول زیر بنویسید:

نوع حادثه	تعداد	علت حادثه	مبلغ خسارت
شماره بیمه نامه سال قبل:		نام بیمه گر سال قبل:	

پیشینه خسارت و سوابق بیمه ای

الف: در هر حادثه:

ریال حداکثر تعهد مورد درخواست برای دیه و ارش هر نفر در هر حادثه

ریال حداکثر تعهد مورد درخواست برای دیه فوت هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام

ریال حداکثر تعهد مورد درخواست برای هزینه های پزشکی هر نفر در هر حادثه

ب: در طی دوره بیمه:

ریال حداکثر تعهد مورد درخواست برای دیه و ارش در طی دوره بیمه

ریال حداکثر تعهد مورد درخواست برای هزینه های پزشکی در طی دوره بیمه

تعهدات درخواستی

آیا مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر هستید؟

☐ بله ☐ خیر دیه دوم یا بیشتر تا سقف ریال در طی دوره بیمه.

☐ بله ☐ خیر پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه و براساس نظر کارشناس بیمه گر.

☐ بله ☐ خیر مسئولیت مالک/مدیر/هیئت مدیره ساختمان در قبال استفاده کنندگان از آسانسور (ها) (ویژه شرکت های خدمات آسانسوری)

☐ بله ☐ خیر مسئولیت شرکت های خدمات آسانسوری در قبال استفاده کنندگان از آسانسور (ها) (ویژه مالک/مدیر/هیئت مدیره ساختمان)

☐ بله ☐ خیر مسئولیت سرویس کار آسانسوری که از طرف شرکت خدمات آسانسوری اعزام می گردد در قبال استفاده کنندگان از آسانسور (ها)

(ویژه شرکت های خدمات آسانسوری)

☐ بله ☐ خیر پوشش هزینه های پزشکی شخص بیمه گذار به سبب حوادثی که هنگام استفاده از این آسانسور (ها) باشد

مسئولیت مالک/مدیر/هیئت مدیره ساختمان در قبال نصاب یا سرویس کار آسانسور که از طرف شرکت خدمات آسانسوری اعزام

☐ بله ☐ خیر می گردد (صرفاً بر اساس رأی دادگاه)

☐ بله ☐ خیر جبران مابه التفاوت افزایش دیه پس از وقوع حادثه مشروط به به روز بودن دیه بیمه نامه در زمان حادثه:

(یک بار ☐ دوبار ☐ سه بار ☐)

☐ بله ☐ خیر مسئولیت مدیران و مالکان ساختمان هم ردیف مسئولیت بیمه گذار و به صورت بی نام جزء ذینفعان تحت پوشش باشد

پوشش های تکمیلی

مدت

از ساعت ۲۴ مورخ

تا ساعت ۲۴ مورخ

به مدت

روز.

اینجانب بدینوسیله اعلام می دارم که اظهارات مندرج در این فرم پیشنهاد صحیح بوده و هیچ گونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است. همچنین موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

امضای این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نخواهد بود.

نام و امضاء پیشنهاد دهنده:

تاریخ: ۱۳ / /

امضاء و مهر نماینده/کارگزار:

آدرس: تهران، میدان ونک، نرسیده به چهارراه جهان کودک، جنب چشم پزشکی ونک، پلاک ۴۸ - کد پستی: ۱۵۱۷۹۷۳۹۱۳ تلفن: ۸۵۳۳۳۳ دورنگار: ۹۶۶۰۲۱۶۰

www.melat.ir

صفحه ۲ از ۲