



بیمه دانا

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی شرکت های نصب و نگهداری و
دارندگان آسانسور در قبال استفاده کنندگان

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

شماره فرم: DL - FR-751-55

صفحه: ۲ از ۱

مشخصات عمومی

۱- نام کامل بیمه گذار (حقیقی / حقوقی) :

شماره ملی / شناسه ملی : سال تولد: کد اقتصادی (شخص حقوقی):
نام کارگزار یا نماینده و کد نمایندگی :

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

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

ردیف	تاریخ حادثه	تعداد حادثه	نوع (نقص عضو، فوت، مصدومیت و مالی)	علت و مقصر حادثه	مبلغ پرداخت شده (ریال)

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

مشخصات مورد بیمه

- متقاضی بیمه: مالک/مدیر ساختمان یا هیئت مدیره نصاب آسانسور مسئول سرویس و نگهداری
- نوع کاربری ساختمان: مسکونی اداری ساختمان پزشکان تجاری سایر
- سال ساخت ساختمان:
- مشخصات آسانسور (ها) :

نوع (مسافری/باری)	ظرفیت (نفر/کیلوگرم)	تعداد طبقات (توقف)	کشور سازنده	شماره موتور/مارک آسانسور	تاریخ نصب و راه اندازی	نشانی محل نصب

▪ آیا آسانسور (ها) درب کابین دارد؟ بلی خیر

▪ آیا آسانسور (ها) گواهی استاندارد معتبر دارد؟ بلی خیر

▪ نام و نشانی موسسه ای که سرویس و نگهداری آسانسور (ها) را بر عهده دارد:
(تصویر قرارداد پیوست شود.)

▪ نحوه سرویس و نگهداری:



بیمه دانا

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی شرکت های نصب و نگهداری و

دارندگان آسانسور در قبال استفاده کنندگان

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

شماره فرم: DL - FR-751-55

صفحه: ۲ از ۲

پوشش های اضافی مورد درخواست بیمه گذار

- (۱) پوشش بیمه ای مازاد بر یک دیه (دیه دوم): حداکثر تا سقف یک دیه ماه عادی سال صدور بیمه نامه
- (۲) پوشش افزایش مبلغ ریالی دیه : یک سال دو سال سه سال
- (۳) پرداخت خسارت بدون رای دادگاه :
- (۴) جبران هزینه های پزشکی با اعمال تعرفه بخش خصوصی:

مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

مدت بیمه نامه: روز تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳ تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه	
هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)	
غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه	
غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)	
خسارت مالی در هر حادثه	
خسارت مالی در طول مدت	

تأییدیه بیمه گذار

اینجانب به عنوان بیمه گذار/ نماینده بیمه گذار تعهد می نمایم که به سئوالات مندرج در این فرم پیشنهاد به درستی و منطبق بر واقعیت پاسخ داده و موافقت می نمایم مندرجات پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد

نام و امضا بیمه گذار

تاریخ دریافت فرم پیشنهاد

امضا و مهر واحد صدور

تاییدیه واحد صدور (نماینده/ شعبه):