

فرم درخواست مشاوره رایگان بیمه مسئولیت مدنی آسانسور

لطفا پس از تکمیل فرم ذیل برای هر دستگاه آسانسور آن را به یکی از نشانیهای ذیل فرم ارسال فرمایید
در نظر داشته باشید پاسخ به کلیه سؤالات الزامی نیست ولی در صورت پاسخ بیشتر به سؤالات امکان ارائه راه حل جامع تری خواهد بود.

نام بیمه گذار: _____ ماهیت دولتی غیردولتی
مشخصات فردی که پی گیریها از طریق ایشان انجام پذیرد:
آقای / خانم _____ سمت: _____ تلفن ثابت: _____ تلفن همراه: _____

- قبلا بابت مسئولیت آسانسور خسارت داشته اید؟ بلی خیر در صورت مثبت بودن چقدر بوده است؟
- قبلا بیمه نامه مسئولیت مدنی آسانسور داشته اید؟ بلی خیر در صورت مثبت بودن تاریخ انقضاء:
- نوع آسانسور کدامست؟ نفربر باربر
- تعداد طبقات؟ _____ طبقه
- تعداد واحد در هر طبقه؟ _____ واحد
- کاربری ساختمان؟ اداری تجاری مسکونی
- نشانی ساختمان موردنظر: _____
- سال نصب آسانسور؟ _____
- تعداد ظرفیت افراد مجاز آسانسور نفر بر: _____ نفر و حداکثر ظرفیت بار مجاز برای آسانسور باربر _____ کیلوگرم
- نوع درب طبقات (درب خارجی آسانسور)؟ لولایی کشویی
- نوع درب کابین (درب داخلی آسانسور)؟ کشویی ندارد

سقف تعهدات (ریال)	پوشش های اصلی
	حداکثر پوشش هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه
	حداکثر پوشش هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه
	حداکثر پوشش فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماه عادی
	حداکثر پوشش فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماه حرام
	حداکثر پوشش فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه
	حداکثر پوشش دیه مازاد بر دیه اول
	حداکثر پوشش جبران خسارت مالی برای آسانسور باربر در هر حادثه
	حداکثر پوشش جبران خسارت مالی برای آسانسور باربر در طول مدت بیمه نامه

نام و نام خانوادگی / امضاء / تاریخ

از لحظه ارسال فرم تکمیل شده به یکی از نشانیهای ذیل فرم حداکثر تا ۴ روز کاری این کارگزاری طرح پیشنهادی خود را ارسال خواهد نمود