



پیشنهاد بیمه شخصی ثالث و مازاد و حوادث سرنشین

بیمه گذار محترم: با توجه به اینکه بیمه نامه مورد درخواست براساس مندرجات این پیشنهاد صادر خواهد شد خواهشمند است آن را با دقت مطالعه و تکمیل فرمایید.

| | | |
|--|---|-----------------------------------|
| بیمه گذار | شغل | کد ملی |
| نشانی | کد پستی | تلفن |
| مدت بیمه | از ساعت ۲۴ روز | تا ساعت ۲۴ روز |
| مشخصات وسیله نقلیه: | | |
| نوع وسیله نقلیه | سیستم | سال ساخت |
| شماره انتظامی | شماره موتور | رنگ |
| تعداد سیلندر | ظرفیت مجاز (بار یا سرنشین) | مورد استفاده |
| وسیله نقلیه در سال قبل نزد شرکت بیمه | طی گواهی بیمه شماره | شماره شاسی |
| بیمه بوده و در طی مدت خسارت داشته است <input type="checkbox"/> | نداشته است <input type="checkbox"/> | یدک دارد <input type="checkbox"/> |
| تعداد | برگ اعلام خسارت گواهی بیمه سال قبل پیوست می گردد. | ندارد <input type="checkbox"/> |
| | | تا تاریخ |

در صورت استفاده از وسیله نقلیه شخصی در امر جابجایی مسافر و عدم پرداخت اضافه نرخ مربوطه خسارت مالی و جانی (دیه) وارده به اشخاص ثالث به نسبت حق بیمه سواری شخصی به حق بیمه سواری کرایه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تعهدات مورد درخواست:

| | | |
|------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| ریال | مالی در هر حادثه حداکثر | ثالث قانونی با پوشش های اضافی (مازاد) |
| ریال | بدنی برای هر نفر در هر حادثه حداکثر | |
| ریال | قوت و نقص عضو حداکثر: | سرنشین (صرفاً راننده مسبب حادثه) |
| ریال | هزینه پزشکی حداکثر: | |

امضاء

تاریخ:

نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده:

این قسمت توسط واحد صدور تکمیل می گردد.

شماره سریال کارت بیمه نامه:

شماره گواهی بیمه:

| نوع پوشش | حق بیمه اصلی | تخفیف | | حق بیمه اضافی دیر کرد / تعداد خسارت | حق بیمه قابل پرداخت |
|---------------|--------------|-------|------|--|---------------------|
| | | ریال | درصد | | |
| ثالث اجباری | | | | | |
| مازاد | | | | | |
| عوارض ماده ۹۲ | | | | | |
| سرنشین * | | | | | |

* حداکثر تعهد سرنشین به میزان مندرج در متن گواهی بیمه صرفاً به راننده مسبب حادثه اختصاص دارد.

| | | |
|----------|------------------------|-----------------------|
| جمع مبلغ | ریال به موجب فیش شماره | مورخ |
| بانک | دریافت گردید. | |
| تاریخ | شعبه | |
| ملاحظات | ساعت | |
| | | شرکت سهامی بیمه ایران |
| | | کد واحد صدور |