

## پرسشنامه مسئولیت مدنی مدیران تعمیرگاههای مجاز

منظور از تعمیرگاه های مجاز، نمایندگی های رسمی شرکت های تولید کننده خودرو در داخل کشور و یا نمایندگی شرکت های مجاز وارد کننده خودرو می باشد



بیمه ایران

## مشخصات متقاضی

شخص حقیقی <input type="radio"/>										خانم / آقای .....										کد ملی									
تاریخ تولد										۱۳ / /										شماره شناسنامه :									
شخص حقوقی <input type="radio"/>										<input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> دولتی										شرکت / موسسه									
شناسه ملی										شناسه اقتصادی										کد پستی									
تلفن										نمبر										همراه									

## اطلاعات فعالیت

۱) نام تعمیرگاه : ..... ● آدرس : .....

۲) وضعیت حقوقی:  دولتی     خصوصی    ● نوع مالکیت:  مالک     مستأجر    ● وضعیت تعمیرگاه :  سرپوشیده     روباز

۳) کد نمایندگی اینجانب به شماره ..... و از شرکت خودروسازی/شرکت واردکننده مجاز ..... دریافت شده است.

۴) حداکثر ظرفیت تعمیرگاه : ..... دستگاه    ● مساحت کل محوطه تعمیرگاه ..... مترمربع.

۵) تعداد شیفت کاری : ..... شیفت    ● تعداد کل نگهبانان : ..... نفر و تعداد نگهبانان هر شب ..... نفر.

۶) آیا تعمیرگاه دارای سیستم روشنایی در شب می باشد؟  بله     خیر

۷) نحوه ی کنترل ورود و خروج خودروها را توضیح دهید .....  
● پوشش بیمه ای این بیمه نامه منوط به ورود و خروج سیستمی و نصب دوربین مداربسته در محل مورد بیمه می باشد.

۸) پوشش های درخواستی :  آتش سوزی و انفجار     شکست شیشه ناشی از سقوط اجسام     سقوط خودرو از وسایل بالا برنده

## تعهدات درخواستی

حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه به مبلغ	ریال .....
حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه برای مجموع اشخاص به مبلغ	ریال .....
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه به مبلغ	ریال .....
حداکثر تعهد مالی در هر حادثه به مبلغ	ریال .....
حداکثر تعهد مالی در طول مدت بیمه نامه برای کل اشخاص به مبلغ	ریال .....

## مدت بیمه نامه

پوشش بیمه ای به مدت ..... روز، از ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۴ تا ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۴ درخواست می گردد.

این پرسشنامه به درخواست اینجانب تکمیل و با امضای آن ضمن تصدیق مندرجات اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سئوالات فوق با صداقت و حسن نیت جواب داده شده است و در صورت اثبات هرگونه اظهار خلاف و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن مطابق مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه متوجه اینجانب می باشد.

مهر و امضای نمایندگان

نام، نام خانوادگی و مهر و امضای متقاضی

تاریخ تکمیل