

فرم پیشنهاد بیمه شخص ثالث

مشخصات بیمه گذار	نام و نام خانوادگی: _____ کد ملی: _____ جنسیت: مرد <input type="radio"/> زن <input type="radio"/> تاریخ تولد: _____ / _____ / _____
	آدرس: _____ تلفن همراه: _____ تلفن ثابت: _____
شغل بیمه گذار: کارمندان دفتری و اداری <input type="radio"/> متخصصان (پزشک، داندانپزشک، جراح، مهندس، معمار، قاضی، وکیل، خلبان، کاپیتان کشتی و...) <input type="radio"/>	
فرهنگیان <input type="radio"/> خدمات: (مامور پلیس، آتش نشان، پرستار، راننده، کارگر و...) <input type="radio"/> مشاغل آزاد <input type="radio"/> بازنشستگان (لشگری، کشوری و...) <input type="radio"/> زنان خانه دار <input type="radio"/>	
سایر <input type="radio"/>	
نوع گواهینامه: موتور سیکلت <input type="radio"/> پایه سوم <input type="radio"/> پایه دوم <input type="radio"/> پایه یکم <input type="radio"/> ویژه <input type="radio"/> تاریخ صدور گواهینامه: _____	

تاریخ پیشنهاد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ روش پرداخت: نقدی  قسطی (اشخاص حقیقی)  قسطی (با معرفی از طرف اشخاص حقوقی)

مشخصات وسیله نقلیه	نوع وسیله نقلیه: موتور سیکلت <input type="radio"/> سواری <input type="radio"/> بارکش <input type="radio"/> اتوکار <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/> نام وسیله نقلیه: _____ تیپ: _____
	شماره شاسی: _____ شماره موتور: _____ شماره انتظامی: _____
شماره VIN: _____	
نوع سیستم وسیله نقلیه: دیزل <input type="radio"/> بنزینی <input type="radio"/> گاز سوز <input type="radio"/> دوگانه سوز <input type="radio"/> برقی <input type="radio"/> هیبریدی <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/>	
رنگ: _____ سال ساخت: میلادی ..... شمسی..... تعداد یدک متصل به وسیله نقلیه: _____ عدد _____	
ظرفیت وسیله نقلیه با احتساب راننده (طبق کارت مشخصات وسیله نقلیه) _____ نفر	
ظرفیت وسیله نقلیه بارکش (طبق کارت مشخصات وسیله نقلیه) _____ تن	
کاربری وسایل نقلیه: شخصی <input type="radio"/> عمومی <input type="radio"/> حمل بار <input type="radio"/> حمل مسافر <input type="radio"/> آمبولانس <input type="radio"/> آتش نشانی <input type="radio"/> حمل زباله و خیابان پاک کن <input type="radio"/> حمل مواد سوختی <input type="radio"/> کشاورزی، راه سازی و ساختمانی <input type="radio"/> وسایل ویژه حمل وسایل رادیولوژی <input type="radio"/> حمل مواد منفجره <input type="radio"/> تعلیم رانندگی <input type="radio"/> مسابقات رانندگی <input type="radio"/>	

مشخصات بیمه نامه قبل	شماره بیمه نامه قبلی: _____ شرکت سهامی بیمه: _____ کد یکتای بیمه مرکزی: _____
	خسارت: دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> تعداد خسارت: (مالی: _____ بار جانی: _____ بار راننده: _____ بار) _____
تخفیف عدم خسارت بیمه نامه قبلی _____ سال	
تاریخ شروع بیمه نامه قبلی: _____ / _____ / _____ تاریخ انقضای بیمه نامه قبلی: _____ / _____ / _____	

تعهدات	تعهدات مالی درخواستی برای اشخاص ثالث: _____ ریال
	تعهدات بدنی درخواستی برای حوادث راننده: _____ ریال

تعهدات مازاد	مازاد تعهدات مالی درخواستی برای اشخاص ثالث: _____ ریال
	مازاد تعهدات بدنی درخواستی برای حوادث راننده: _____ ریال

واحد صدور / نمایندگی: \_\_\_\_\_ کد: \_\_\_\_\_

اینجانب / سازمان: \_\_\_\_\_ با اطلاع از شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه شخص ثالث و حوادث راننده و صحت مطالب درج شده درخواست صدور بیمه نامه شخص ثالث و حوادث راننده را داشته و متعهد می گردم که حق بیمه مربوطه را بر اساس شرایط درج شده در بیمه نامه پرداخت نمایم.

نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده: \_\_\_\_\_ تاریخ تکمیل پیشنهاد: \_\_\_\_\_ مهر و امضا: \_\_\_\_\_