



## پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی دارندگان قایق های تفریحی و جت اسکی در قبال استفاده کنندگان

تهران ، خیابان آیت اله طالقانی ، حد فاصل خیابان ولیعصر و خیابان حافظ ، ساختمان شماره ۴۰۴  
 تلفن : ۱۳ و ۶۶۴۰۹۹۱۲  
 فاکس : ۶۶۹۷۷۲۰۶  
 کد اقتصادی : ۴۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

بدینوسیله از شرکت بیمه آسیا (سهامی عام) ، درخواست می شود بیمه نامه مسئولیت مدنی دارندگان قایق های تفریحی و جت اسکی در قبال استفاده کنندگان را با توجه به اطلاعات مورد در خواست مندرج در این پیشنهاد برای بیمه گزار با مشخصات زیر به مدت روز از ساعت مورخ تا ساعت مورخ صادر نماید .

### مشخصات بیمه گزار

نام کامل بیمه گزار : .....  
 نشانی بیمه گزار : .....  
 شماره ملی : ..... کد اقتصادی : .....  
 سابقه کار : .....  
 واحد صدور : ..... نشانی محل مورد بیمه : .....

مدت بیمه : جمعاً ..... ماه از ساعت ۲۴ روز ..... الی ساعت ۲۴ روز .....

### مشخصات بیمه نامه

نوع وسیله مورد بیمه :

قایق موتوری ..... تعداد ..... دستگاه ..... ظرفیت هر دستگاه ..... نفر  
 قایق پدالی ..... تعداد ..... دستگاه ..... ظرفیت هر دستگاه ..... نفر  
 جت اسکی ..... تعداد ..... دستگاه ..... ظرفیت هر دستگاه ..... نفر

آیا تمایل به بیمه نمودن راننده قایق موتوری دارید ؟ بلی  خیر  مشخصات راننده : .....

آیا در زمان استفاده نجات غریق در محل حضور دارد ؟ بلی  خیر

وسایل و تجهیزات ایمنی : جلیقه نجات  کپسول اکسیژن  جعبه کمک های اولیه  سایر تجهیزات ایمنی : .....

تاکنون بیمه نامه ای برای این فعالیت داشته اید ؟ بلی  خیر  نام بیمه گر : ..... شماره بیمه نامه : .....

نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه : .....

ارائه مشخصات قایق های تفریحی و جت اسکی در زمان صدور بیمه نامه الزامیست .

تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت ، نقص عضو یا هزینه پزشکی گردیده است :  
 فوت :  نفر طی  حادثه  
 نقص عضو :  نفر طی  حادثه  
 هزینه پزشکی :  نفر طی  حادثه

### تعهدات مورد در خواست

۱ - غرامت فوت و صدمات جسمانی برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی حداکثر : ..... ریال  
 ۲ - غرامت فوت برای هر نفر در ماه های حرام حداکثر : ..... ریال  
 ۳ - حداکثر تعهد بیمه گر برای فوت و صدمات جسمانی طی مدت بیمه نامه : ..... ریال  
 ۴ - هزینه پزشکی ناشی از حادثه موضوع این بیمه نامه برای هر نفر در هر حادثه : ..... ریال  
 ۵ - حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه های پزشکی طی مدت بیمه نامه : ..... ریال

بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پیشنهاد و پرسشنامه صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از ذکر هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است و در صورت اثبات خلاف موارد اعلام شده ، مسئولیت آن متوجه شخص بیمه گزار و یا نماینده وی می باشد. بنابراین موافقت می شود این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد و بیمه گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه نامه صادره مسئول جبران خسارت خواهد بود.

تاریخ تکمیل پیشنهاد : ..... مهر و امضای نمایندگی یا کارگزاری : ..... نام / مهر و امضای بیمه گزار : .....  
 تلفن تماس : .....