



تاریخ: / /

مشخصات متقاضی بیمه

نام متقاضی بیمه: نام خانوادگی متقاضی بیمه: جنسیت: ☐ زن ☐ مرد
تاریخ تولد متقاضی بیمه: کد ملی/کد اقتصادی: شغل متقاضی بیمه:
کارمندان دفتری و اداری (ادارات دولتی، خصوصی، بانک ها و سایر مشاغل اداری و دفتری) ☐
متخصصان (پزشک، دندانپزشک، جراح، مهندس، معمار، قاضی، وکیل، خلبان، کاپیتان کشتی و ...) ☐
فرهنگیان (اساتید دانشگاه، معلمان، مربیان آموزشی، دانشجویان و ...) ☐
مشاغل آزاد (وارد کننده، صادر کننده، دارندگان فروشگاه ها، هایپر مارکت ها، فروشگاه های زنجیره ای، انواع مغازه و ...) ☐
بازنشستگان (لشکری، کشوری و ...) ☐
زنان خانه دار ☐
سایر ☐
آدرس متقاضی بیمه: شماره تلفن همراه: شماره تلفن ثابت:

نوع گواهینامه

موتور سیکلت ☐ پایه سوم ☐ پایه دوم ☐ پایه یکم ☐ ویژه ☐
تاریخ صدور گواهینامه: شماره گواهینامه:

مشخصات وسیله نقلیه:

شماره شاسی وسیله نقلیه: شماره موتور وسیله نقلیه: نوع پلاک:
شماره انتظامی وسیله نقلیه: شماره VIN وسیله نقلیه:
نوع وسیله نقلیه: موتور سیکلت ☐ سواری ☐ بارکش ☐ اتوکار ☐ سایر ☐
سیستم وسیله نقلیه: دیزل ☐ بنزینی ☐ گازسوز ☐ دوگانه سوز ☐ برقی ☐ هیبریدی ☐ سایر ☐
تعداد یدک متصل به وسیله نقلیه: تعداد سیلندر:
ظرفیت وسیله نقلیه با احتساب راننده (طبق کارت مشخصات وسیله نقلیه): نفر
ظرفیت وسیله نقلیه بارکش (طبق کارت مشخصات وسیله نقلیه): تن
سال ساخت: میلادی یا شمسی رنگ:
کابری وسیله نقلیه: شخصی ☐ عمومی ☐ حمل بار ☐ حمل مسافر ☐
سایر: کشاورزی، راه سازی و ساختمانی ☐ آمبولانس ☐ وسایل ویژه حمل وسایل رادیولوژی ☐ آتش نشانی ☐ حمل زباله و خیابان پاک کن ☐
حمل مواد سوختی ☐ حمل مواد منفجره ☐ تعلیم رانندگی ☐ مسابقات رانندگی ☐

جزئیات پوشش ها

مازاد تعهد بدنی درخواستی برای حوادث راننده: ریال
مازاد تعهد مالی درخواستی برای شخص ثالث: ریال
مشخصات بیمه نامه قبلی: شرکت بیمه: کد یکتا: تاریخ انقضاء: شماره بیمه نامه:
در طول مدت بیمه: خسارت ندارد ☐ خسارت دارد ☐ تعداد خسارت جانی: تعداد خسارت مالی:
تعداد خسارت حوادث راننده:
روش پرداخت حق بیمه: نقدی ☐ قسطی (اشخاص حقیقی) ☐ قسطی (با معرفی از طرف اشخاص حقوقی) ☐
مشخصات نمایندگی: واحد معرف: واحد صدور: کدگذار گزار:

اینجانب با مشخصات فوق الذکر از شرکت بیمه آسماری تقاضا دارم بیمه نامه شخص ثالث و بیمه حوادث راننده برای وسیله نقلیه با مشخصات و تعهدات مشروحه ذیل را برای مدت روز از مورخ تا مورخ صادر نمایید.

مهر و امضاء واحد صدور:

مهر و امضاء نماینده:

مهر و امضاء بیمه گذار:

