

ASANSÖR KAZALARINDA ÜÇÜNCÜ KİŞİLERE KARŞI SORUMLULUK SİGORTASI SORU FORMU

Çerçeve ile gölgelendirilmiş alanlar Şirket / Acente tarafından doldurulacaktır.

Acente kodu	Şube kodu	Yeni müşteri	Müşteri no	Müşteri grup no
Police no	Başlangıç tarihi	Bitiş tarihi	Police süresi	
Önceki police şirketi	Önceki police no	Önceki police yenileme no	Önceki police acente kodu	

1. Sigorta ettirenin

Adı/Unvanı	Soyadı		
Doğum tarihi	Doğum yeri	Mesleği	
Baba adı	TC kimlik no (gerçek kişi ise)	TC vatandaşı değil ise Yabancı kimlik no/Vergi kimlik no	Uyruğu
Vergi kimlik no*	Vergi dairesi	Vergi dairesi ili*	
İşleten ruhsat sahibi mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır			

* Gerçek kişi değil ise doldurulacaktır.

Adresi

Serbest adres (Sadece, aşağıdaki kısımlara UYMAYAN ADRES BİLGİLERİ yazılacaktır.)

Köy/Mahalle	Cadde	Sokak			
Bino no	Daire no	Kat	Semt	İlçe	İl
Posta kodu	E-posta				
Ev telefonu	İş telefonu	Cep telefonu	Faks		

Türkiye İş Bankası grubu çalışanı ise;

Şirket adı	Sicil no	Anadolu Sigorta çalışanının akrabası ise yakınlık derecesini belirtiniz.
------------	----------	--

Sigorta ettirenin sıfatı

Mal Sahibi İşletici Yönetici Vekil Diğer _____

2. Asansörün bulunduğu adres

Serbest adres (Sadece, aşağıdaki kısımlara UYMAYAN ADRES BİLGİLERİ yazılacaktır.)

Köy/Mahalle	Cadde	Sokak			
Bino no	Daire no	Kat	Semt	İlçe	İl
Ev telefonu	İş telefonu	Cep telefonu	Faks		

Birden fazla adres söz konusu ise lütfen belirtiniz.

ASANSÖR KAZALARINDA ÜÇÜNCÜ KİŞİLERE KARŞI SORUMLULUK SİGORTASI SORU FORMU

3. Asansör bilgileri

Bulunduğu yer	Asansör No	Kullanım şekli	Marka/tip	Kapasite (kişi/kg)
<input type="checkbox"/> Konut	1	<input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> y		
<input type="checkbox"/> Hastane, okul, işhane, ticari-sınai kuruluşlar	2	<input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> y		
<input type="checkbox"/> Otel vb. turistik tesisler	3	<input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> y		
	4	<input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> y		
	5	<input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> y		
	6	<input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> y		

i : insan taşıma y : yalnızca yük ve servis için

4. Sigorta konusu asansörlerin dönemsel olarak bakımları yapılmakta mıdır? Evet, yıllık bakım sözleşmesini ekleyiniz. Hayır

5. Teminat limiti

Maddi-bedeni ayırımı yapılmaksızın,
olay başına ve YILLIK TOPLAM TEK LİMİT _____ TL

İşveren sorumluluğu ek teminatı isteniyor mu? (Çalışanlarınızın bedeni zararları,
aynı teminat limiti ile sınırlı olmak kaydıyla teminata eklenir.)

Evet Hayır

6. Kalite belgeniz varsa; adını, numarasını ve hangi kurumdan alındığını yazınız.

7. Bugüne kadar sorumluluğunuzu doğuran herhangi bir asansör kazası oldu mu? Oldu ise kaza nedeni ile ödenen ve gelecekte ödenebilecek tazminat taleplerine ilişkin ayrıntılı bilgi veriniz.

8. Üçüncü kişilere karşı ya da işveren sorumluluğuyla ilgili başka bir sigorta poliçeniz varsa;

	Sigorta Şirketi	Sigorta Süresi	Teminat Limiti	Poliçe No
Üçüncü Kişilere Karşı Sorumluluk	_____	_____	_____	_____
İşveren Sorumluluk	_____	_____	_____	_____

9. Daha önce herhangi bir sigorta şirketi tarafından poliçeniz iptal edildi mi?

Evet ise lütfen bilgi veriniz.

Evet Hayır

Yenilenmesinden kaçınıldı mı? Evet ise lütfen bilgi veriniz.

Evet Hayır

10. Soru formunda yer almayan ancak rizikonun değerlendirilmesi açısından önem taşıdığını düşündüğünüz konular varsa ayrıca belirtiniz.

ASANSÖR KAZALARINDA ÜÇÜNCÜ KİŞİLERE KARŞI SORUMLULUK SİGORTASI SORU FORMU

Beyanınıza dayanılarak düzenlenecek poliçenizdeki teminatların kapsamı, hasar bildirim ve tazminat esasları hakkındaki ayrıntılı bilgiler, poliçenizle birlikte size verilecek olan ürün kitapçığı/genel şart/özel şart/klozlarda yer almaktadır. Dilerseniz bu bilgileri poliçenizi düzenlettirmeden önce de acentenizden veya Anadolu Sigorta Bölge Müdürlüklerinden edinebilirsiniz.

Bu form, imzalanmasına rağmen teklif sahibi ve/veya sigortacı için sigorta sözleşmesinin gerçekleşmesi açısından bağlayıcı olmayacaktır.

Bu soru formunda beyan olunan değerlerin/bilgilerin doğru, tam ve gerçeğe uygun olduğunu ve gerçeğe aykırı beyanda bulunduğum takdirde sigorta sözleşmesinden doğan tüm haklarımdan peşinen vazgeçtiğimi kabul ve beyan ederim.

Ödeme Türü

- Peşin
 Vadeli

Ödeme Şekli

- Nakit Kredi kartı
 Çek Otomatik ödeme

UYARI: Kredi kartı veya hesaben ödeme, ancak poliçe numarasını taşıyan Kredi Kartı veya Otomatik Ödeme Talimat Formu doldurulması halinde geçerlidir.

Tarih _____

Sigorta Ettiren (İmza - Kaşe)

Acente	Düzenleyen	Kontrol eden
Tarih - Saat	Tarih - Saat	Tarih - Saat
İmza / Kaşe	İmza / Kaşe	İmza / Kaşe