



پرسشنامه و پیشنهاد بیمه وجوه

در صندوق و در گردش

ساختمان مرکزی : تهران - خیابان گاندی - خیابان
پانزدهم - پلاک ۲
تلفن : ۸۰-۸۸۷۲۰۹۷۱ و ۸۸۳۰۹۸۸۷۲۰۹۸۸
نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

مشخصات بیمه گذار :

(دولتی خصوصی تعاونی)

۱- نام موسسه یا شرکت :

۲- نشانی :

تلفن :

دورنگار :

۳- نوع فعالیت و محل مورد بیمه :

اطلاعات مربوط به وجوه در گاوصندوق

۱- حداکثر تعهد پوشش مورد نیاز برای وجوه در گاوصندوق به مدت یک سال

۲- میزان وجوه در گاوصندوق ها در طی شبانه روز

۳- انگیزه نگهداشتن وجوه در گاوصندوق ها

۴- مشخصات گاوصندوق ها

ردیف	مارک	ابعاد	وزن	نوع وجوه نگهداری شده

مشخصات محل استقرار گاوصندوق ها و موارد ایمنی

۱- مشخصات محل نگهداری گاوصندوق

نام محل استقرار گاوصندوق	طبقه	فاصله از دیوار	فاصله از درب ورودی و خروجی	نام مسئول گاوصندوق	زمان استفاده از گاوصندوق ها

۲- ملاک ها و معیارهای واگذاری مسئولیت گاوصندوق به اشخاص چیست ؟

۳- کلید گاوصندوق ها در ساعات اداری نزد چه کسانی است ؟

۴- در ساعات غیر اداری کلید گاوصندوق ها به چه کسانی تحویل می شود ؟

۵- نحوه حفاظت و نگهداری

الف - شبگرد :

ب - تعداد نگهبان :

ج - مسئولین حفاظت :

د - تعداد نگهبانان مسلح :

- ۶- آیا محل نگهداری گاوصندوق ها مجهز به زنگ اعلام خطر یا دزدگیر می باشد ؟
- ۷- جهت اطفاء حریق احتمالی چه پیش بینی هایی صورت گرفته است ؟
- ۸- آیا شمارش پول در ساعات مشخصی انجام می گیرد و چه نکات ایمنی در هنگام شمارش وجوه رعایت می گردد ؟
- ۹- نحوه ثبت دفاتر مربوط به دریافتی ها و پرداختی های روزانه صندوق چگونه است ؟

اطلاعات مربوط به وجوه در گردش

- ۱- حداکثر وجهی که در هر مرتبه حمل می گردد چقدر است ؟
- ۲- حداکثر وجهی که در طول یک سال حمل می گردد چه مبلغی است ؟
- ۳- تعداد دفعات حمل پول در هر ماه و در صورت امکان روزهای حمل پول را ذکر نمائید .
- ۴- منظور از حمل پول
- ۵- فاصله مکانی حمل پول از مبدا تا مقصد با ذکر نام محل مبدا و مقصد
- ۶- آیا حاملین پول مسلح هستند ؟ تعداد آنها چند نفر است ؟
- ۷- سابقه حاملین وجوه در این امر را به طور مختصر ذکر نمائید .
- ۸- وسیله حمل وجوه
- ۹- آیا در ساعت مشخصی حمل پول انجام می شود ؟
- ۱۰- نحوه ثبت دفتری پول های خارج شده و وارد شده چگونه است ؟

سابقه بیمه ای بیمه گذار

- ۱- آیا بیمه گذار در سالهای گذشته جهت پول در صندوق و وجوه در گردش از پوشش بیمه ای استفاده کرده است ؟ (نزد کدام شرکت بیمه)
- ۲- آیا سابقه خسارت وجود دارد ؟

اینجانب امضاء کننده زیر ، به عنوان نماینده تام الاختیار بیمه گذار انطباق کلیه اطلاعات تهیه شده براساس مندرجات این فرم را با واقعیت گواهی نموده ، چنانچه خلاف آن ثابت شود هرگونه مسئولیت ناشی از آن را تقبل می نمایم .

مهر و امضاء :

نام و نام خانوادگی و سمت :

تاریخ :