

| | | |
|---|--------------|----------|
| ۱- نام و نشانی پیشنهاد دهنده (ذکر کد ملی یا کد اقتصادی برای اشخاص حقیقی یا حقوقی ضروری می باشد): | | |
| تلفن: | نمابر: | |
| ۲- نوع و موضوع فعالیت تجهیزات مورد بیمه: | | |
| ۳- نشانی محل تجهیزاتی که باید بیمه شوند (آدرس کامل): | | |
| تلفن: | نمابر: | |
| نوع ساختمان: اسکلت فلزی <input type="checkbox"/> بتنی <input type="checkbox"/> آجری <input type="checkbox"/> چوبی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> (نام ببرید): | | |
| ۴- آیا تجهیزات قبلاً بیمه بوده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، برای کدام ردیفهای فهرست تجهیزات مندرج در بند ۱۸ و نزد کدام شرکت بیمه: | | |
| ۵- آیا تمام تجهیزات نو می باشند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت منفی بودن پاسخ، کدامیک از اقلام دست دوم بوده و چند سال از عمر کاری آنها می گذرد: | | |
| ۶- مدت مورد درخواست برای پوشش بیمه‌ای: | روز از تاریخ | تا تاریخ |
| ۷- آیا تجهیزات مطابق دستورات سازنده نگهداری می‌شوند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> لطفاً برنامه نگهداری را توضیح دهید: | | |
| ۸- آیا کارکنانی که با تجهیزات مورد بیمه کار می‌کنند توسط سازنده تجهیزات یا مؤسسات دیگر آموزش دیده‌اند، لطفاً توضیح دهید؟ | | |
| ۹- آیا خطر سیل و طغیان آب وجود دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر پاسخ مثبت است به کدام دلیل: حجم آب (دبی) <input type="checkbox"/> بارش سیل آسا <input type="checkbox"/> فاضلاب <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> (لطفاً نام ببرید): | | |
| ۱۰- آیا در نزدیکی محل استقرار تجهیزات مواد خطرناک وجود دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً مشخص فرمائید: اسیدها <input type="checkbox"/> بازها <input type="checkbox"/> کاغذهای حساس یا آماده شده <input type="checkbox"/> محلولهای مخصوص آزمایش <input type="checkbox"/> محلولهای ظاهر کننده (شیمی/عکاسی) <input type="checkbox"/> مواد منفجره <input type="checkbox"/> ایزوتوپها <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> (نام ببرید): | | |
| ۱۱- آیا وسایل اطفای حریق در محل استقرار تجهیزات وجود دارد؟ لطفاً توضیح دهید. | | |

۱۲- آیا کارکنان آموزشهای ایمنی و اطفای حریق را دیده‌اند؟ بلی خیر (در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً توضیح دهید)

۱۳- آیا خطرات خاصی تجهیزات مورد بیمه را تهدید می‌کند؟ نام ببرید.

۱۴- آیا تجهیزات مورد درخواست برای پوشش بیمه‌ای پرتابل می‌باشند؟ بلی خیر

۱۵- آیا تمام یا بخشی از تجهیزات پیشنهادی برای بیمه را کرایه کرده اید؟ بلی خیر
اگر چنین است لطفاً لیست تجهیزات مذکور به انضمام نام و آدرس مالکین آنها را ارائه نمایید:

۱۶- آیا تاکنون خسارتی برای موضوع مورد بیمه بوقوع پیوسته است؟ در صورت مثبت پاسخ لطفاً توضیح دهید.

۱۷- مشخصات تجهیزات مورد درخواست بیمه

| ردیف | نام تجهیزات به تفکیک (شامل نوع، مدل، سازنده، ظرفیت، شماره سریال) | سال ساخت | مبالغ بیمه شده ^(۱) (واحد پول:) |
|------|---|-------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

جمع مبالغ مورد بیمه:

(۱) مبلغ مورد بیمه باید شامل ارزش روز جایگزینی اقلام مورد بیمه با اقلام نو از همان نوع و ظرفیت مشتمل بر هزینه حمل، حقوق و عوارض گمرکی و هزینه نصب (در صورت وجود) باشد در غیر این صورت خسارات جزئی به نسبت مبلغ بیمه شده به مبلغ نو پرداخت خواهد شد.

ملاحظات (لطفاً هر توضیح اضافی را که لازم می دانید ذکر فرمائید):

بدینوسیله اعلام می‌دارد کلیه اظهارات مندرج در این پرسشنامه مقرون به صحت و منطبق با آخرین اطلاعات بیمه‌گذار می‌باشد و همچنین موافقت دارد که این پرسشنامه اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. بیمه‌گر فقط در چهارچوب شرایط و مقررات بیمه‌نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد. بیمه‌گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

در صورتیکه پرسشنامه توسط نماینده بیمه گر تکمیل شده باشد، نماینده مذکور مکلف است متن ذیل را به دقت مورد مطالعه قرار داده و امضاء نماید.

بدینوسیله اعلام می‌دارد اطلاعات و اظهارات مندرج در این پرسشنامه از افراد مطلع اخذ گردیده و اطلاعات مذکور با مشاهدات اینجانب از محل فعالیت بیمه گذار هماهنگی داشته و متعهد می‌گردد در صورتیکه اطلاعات کامل تر اخذ و یا تغییراتی در اطلاعات مذکور مشاهده گردید مراتب در اسرع وقت توسط اینجانب به بیمه گر اطلاع داده شود. بدیهی است چنانچه در طول مدت بیمه برای بیمه گر محرز گردد که اطلاعات ارائه شده در پرسشنامه با واقعیت موجود منطبق نمی‌باشد، بیمه گر مجاز خواهد بود مابه التفاوت حق بیمه پرداخت شده به حق بیمه واقعی را از کارمزد اینجانب کسر نماید و در صورت وقوع خسارت (متناسب با مابه التفاوت حق بیمه دریافت نشده) به تشخیص بیمه گر بعهدہ اینجانب خواهد بود.

کد نماینده:

مهر و امضاء نماینده:

تاریخ:

نام و مهر و امضای بیمه‌گذار:

تاریخ: