



## پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه

### شکست ماشین آلات (MB)

ساختمان مرکزی : تهران - خیابان گاندی - خیابان

پانزدهم - پلاک ۲

تلفن : ۸۸۷۷۰۹۷۱-۸۰ و ۸۸۷۷۰۹۸۳ و ۸۸۷۷۰۹۸۸

نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

۱- موضوع مورد بیمه:
۲- نام پیشنهاد دهنده (ذکر کد ملی یا کد اقتصادی برای اشخاص حقیقی یا حقوقی ضروری می باشد): نشانی: نام مدیر کارخانه: نام نزدیکترین ایستگاه راه آهن یا فرودگاه به محل کار: نشانی محل تأسیسات: نام مدیر کارخانه: نام مدیر فنی:
۳- آیا ماشین آلات موضوع بیمه در زمان نصب بیمه بوده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، برای کدام ردیف های فهرست ماشین آلات در جدول مربوطه و نزد کدام شرکت بیمه:
۴- آیا ماشین آلات مورد تقاضا، شامل کلیه ماشین آلات مستقر در کارخانه می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر چنانچه پاسخ منفی است، آیا ماشین آلات موضوع بیمه در برگیرنده کلیه ماشین آلات مستقر در یک بخش از کارخانه است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر (لطفاً توضیح دهید):
۵- آیا ماشین آلات مورد تقاضا برای پوشش بیمه ای، نو می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر در صورتیکه پاسخ منفی است، بطور میانگین چند سال از عمر کاری این ماشین آلات می گذرد؟
۶- آیا تمام یا بخشی از ماشین آلات و تجهیزات پیشنهادی را کرایه کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر اگر چنین است لطفاً لیست ماشین آلات و تجهیزات مذکور به انضمام نام و آدرس مالکین آنها را ارائه نمایید:
۷- چه پوشش های اضافی دیگری مورد درخواست می باشد؟ آتش سوزی <input type="checkbox"/> سرقت با شکست حرز <input type="checkbox"/> اموال مجاور <input type="checkbox"/> ارزش اموال مجاور (ریال): گرامت جانی ثالث برای هر نفر (ریال): گرامت جانی ثالث در طول مدت بیمه (ریال): خسارت مالی وارد به اشخاص ثالث (ریال): در هر حادثه: پوشش حمل و نقل <input type="checkbox"/> پوشش حوادث طبیعی (شامل سیل، زلزله، نشست و رانش زمین و...) سایر <input type="checkbox"/> (لطفاً نام ببرید):
۹- در صورتی که ماشین آلات دارای سابقه خسارت می باشند، لطفاً به اختصار شرح دهید:
۱۰- مدت مورد درخواست برای پوشش بیمه ای: روز از تاریخ تا تاریخ
۱۱- سابقه کار و تجربه پیشنهاد دهنده در فعالیت موضوع بیمه ؟
۱۲- آیا کارکنان جهت کار با ماشین آلات آموزشهای لازم را دیده اند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۱۳- آیا سود مورد انتظار ناشی از عملکرد ماشین آلات در سنوات گذشته برآورده شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۱۴- آیا هیچ یک از دستگاهها در حال حاضر تحت ضمانت سازنده (گارانتی) قرار دارند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر چنانچه پاسخ مثبت است، کدام اقلام؟ تا چه تاریخی؟



## پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه

### شکست ماشین آلات (MB)

ساختمان مرکزی : تهران - خیابان گاندی - خیابان

پانزدهم - پلاک ۲

تلفن : ۸۰-۸۷۱۰۹۷۱ و ۸۳۰۹۸۳ و ۸۸۷۰۹۸۸ و ۸۸۷۰۹۸۷

نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

۱۵- مشخصات ماشین آلات مورد درخواست بیمه			
ردیف	نام ماشین آلات به تفکیک (شامل نوع، مدل، سازنده، ظرفیت، شماره سریال)	سال ساخت	مبالغ بیمه شده <sup>(۱)</sup> (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):			
<p>بدینوسیله اعلام می دارد کلیه اظهارات مندرج در این پرسشنامه مقرون به صحت و منطبق با آخرین اطلاعات بیمه گذار می باشد و همچنین موافقت دارد که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. بیمه گر فقط در چهارچوب شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد. بیمه گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.</p> <p>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.</p> <p>بدینوسیله اعلام می دارد 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 می گردد 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 نمی باشد، 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.</p>			
تاریخ:	مهر و امضاء نماینده:	کد نماینده:	
تاریخ:	نام و مهر و امضای بیمه گذار:		