



نام پیشنهاد دهنده:	شناسه اقتصادی / ملی:	شماره ثبت:			
تاریخ تاسیس / تولد:	نشانی:	تلفن:			
		فکس:			
۲. محل مورد بیمه:					
۳. تولیدات:					
۴. آیا اموال مورد بیمه قبلاً پوشش شکست ماشین آلات داشته است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، با کدام شرکت بیمه و چرا پوشش بیمه فسخ شده است؟					
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
۵. آیا قبلاً درخواست پوشش تجهیزات و تاسیسات توسط شرکت دیگری رد شده است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، توسط کدام شرکت بیمه و چرا؟					
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
۶. آیا اموال مورد بیمه ظرف ۳ سال گذشته دچار خسارت شده اند؟ چنانچه پاسخ مثبت است در چه تاریخی؟ به علت؟ مبلغ خسارت؟ و ارقام خسارت دیده؟					
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
۷. آیا اموال مورد بیمه جداگانه تحت پوشش بیمه آتش سوزی، انفجار و سایر خطرات قرار گرفته اند؟ چنانچه پاسخ مثبت است علت و حدود خسارت و مبلغ آنرا ذکر فرمائید.					
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
۸. آیا اموال مورد بیمه ظرف سه سال گذشته دچار آتش سوزی، انفجار و سایر خطرات قرار گرفته اند؟ چنانچه پاسخ مثبت است علت، حدود خسارت و مبلغ آن را ذکر نمائید.					
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
۹. آیا هیچ یک از دستگاه ها با تاسیسات در حال حاضر تحت گارانتی کارخانه سازنده قرار دارند؟ چنانچه پاسخ مثبت است تاریخ انقضا: کدام ارقام:					
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
۱۰. آیا ماشین آلات یا دستگاه های وجود دارد که پوشش بیمه برای آنها مورد درخواست نباشد؟ در صورت مثبت بودن پاسخ کدام ماشین آلات و دستگاه ها؟					
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
۱۱. آیا هیچگونه خطرات ویژه مثلاً در اثر موقعیت مکانی (شرایط اقلیمی، زمین لرزه و...) یا شیوه بهره برداری (مثلاً سیستم خودکار از راه دور، کاملاً خودکار و غیره) یا به هردلیل دیگر اموال مورد بیمه را تهدید میکند؟ چنانچه پاسخ مثبت است جزئیات کامل خطرات ویژه را شرح دهید.					
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
۱۲. آیا پوشش اضافی مورد درخواست است؟ در صورتیکه پاسخ مثبت است موارد را در جدول مشخص نمائید.					
ردیف	شرح ماشین آلات و تجهیزات	مبلغ مورد بیمه	ردیف	نوع فونداسیون	مبلغ مورد بیمه



۱۳. آیا پوشش هزینه های اضافی مربوط به شکست ماشین آلات مورد بیمه بر مبنای FIRST LOSS مورد درخواست است؟  خیر  بلی  
در صورتیکه پاسخ مثبت است تعهدات را در جدول ذیل مشخص نمایید.

هزینه های اضافی مربوط به اضافه شب کاری یا کار در ایام تعطیل	هزینه های اضافی حمل سریع	هزینه های اضافه کاری یا حمل هوآئی
.....	.....	.....
.....	.....	.....
بر مبنای FIRST LOSS در مدت بیمه	بر مبنای FIRST LOSS در مدت بیمه	بر مبنای FIRST LOSS در مدت بیمه

۱۴. ضمن رعایت شرایط عمومی بیمه نامه، شرایط ویژه ذیل اعمال خواهد شد.

۱۵. پیشنهاد دهنده متقاضی اقلامی است که در جدول مشخصات ماشین آلات ذکر گردیده و جمع مبلغ بیمه شده برابر است با:

۱۶. مدت بیمه از تاریخ ۲۴ روز

تا تاریخ ۲۴ روز

لطفا مشخصات ماشین آلات خود را در جدول پایین مرقوم نمایید.

ردیف	تعداد	شرح اقلام مورد بیمه	سال ساخت	نام کشور سازنده	مبلغ مورد بیمه	فرانشیز

پیشنهاد دهنده اعلام و تایید می نماید که پاسخ کلیه سوالات فوق را به صورت کامل و منطبق با واقعیت و براساس آخرین اطلاعات خود ارائه نموده و اقلام پیشنهادی برای بیمه در شرایط کاری مناسب قرار دارند.  
نمایندگان بیمه گر حق خواهند داشت در هر زمان مناسب اطلاعات ارائه شده را مورد بازدید قرار دهند.

نام و امضای نماینده

نام و امضای پیشنهاد دهنده