



پیشنهاد بیمه آتش سوزی مسکونی

(حریق و انفجار، صاعقه)

واحد معرف:

واحد صدور:

تاریخ پیشنهاد:

الف - مشخصات پیشنهاد دهنده (بیمه گذار) :

بیمه گذار: کد ملی/کد اقتصادی: شماره شناسنامه/ثبت:

محل صدور: تاریخ تولد: تلفن (همراه / ثابت): نام ذینفع:

نشانی بیمه گذار:

ب - مشخصات محل مورد بیمه :

نشانی محل مورد بیمه:

نوع واحد مسکونی: آپارتمان مجتمع خانه مدت بیمه: نوع تصرف (مالکیت): اجاره ای شخصی

ج - خطرات اضافی مورد درخواست :

زلزله و آتش فشان

سرقت با شکست حرز

دفرمه شدن ظروف تحت فشار صنعتی

سیل و طغیان آب رودخانه

سقوط هواپیما و هلوکوپتر و قطعات منفصله آن

برخورد جسم خارجی

طوفان و گردباد و تند باد

آشوب و بلوا و اعتصاب

مسئولیت مالی در قبال همسایگان

ضایعات ناشی از آب و ذوب برف و تگرگ

رانش و ریزش و فروکش زمین

سایر:

ریزش سقف ناشی از سنگینی برف

شکست شیشه

.....

ضایعات ناشی از ترکیبگی لوله آب

انفجار ظروف تحت فشار صنعتی

.....

ردیف	شرح مورد بیمه	ارزش روز مورد بیمه (ریال)
۱	ساختمان و تاسیسات	
۲	اثاثیه منزل	
۳	مسئولیت مالی در قبال همسایگان	
۴	هزینه پاکسازی و جمع آوری ضایعات	
۵	سایر	
جمع سرمایه مورد بیمه		

نظر بیمه گذار محترم را به ماده ۱۰ قانون بیمه جلب می نماید :

در صورتیکه مالی به کمتر از قیمت واقعی بیمه شده باشد بیمه گر فقط به تناسب مبلغی که بیمه کرده است با قیمت واقعی مال مسؤل خواهد بود .

۳۰

نام و امضاء پیشنهاد دهنده (بیمه گذار)

مهر و امضاء نماینده / واحد صدور

صورت ریز و ارزش تفکیکی اثاثیه به شرح زیر :

- ۱
- ۲
- ۳
- ۴
- ۵
- ۶
- ۷
- ۸
- ۹
- ۱۰

مشخصات ساختمان :

- ۱- زیربنا مترمربع ۲- تعداد طبقات : ۳- سیستم گرمایش ۴- سیستم سرمایش
 - ۵- نوع سازه : گلی یا آجری فلزی بتونی آئین نامه ۲۸۰۰ سوله ۶- عمر ساختمان :
 - ۷- وضعیت لوله کشی آب ساختمان : روکار توکار جنس لوله ها
 - ۸- وضعیت سیم کشی برق : توکار روکار روکار حفاظت شده سایر :
 - ۹- نوع و نحوه نگهداری سوخت مصرفی :
 - ۱۰- امکانات اعلام و اطفای حریق : دکتور کپسول شبکه آب با شیلنگ سیستم اطفای حریق خودکار
- شرح امکانات از نظر نوع و تعداد :

- آیا محل مورد بیمه دارای نگهبان و یا سرایدار می باشد ؟ بلی (روز شب) خیر
- شرح فعالیت ساختمانهای مجاور محل مورد بیمه (همسایگان):
- نحوه ثبت موجودی کالا در دفاتر :
- سابقه بیمه ای : دارد (بیمه گر : شماره بیمه نامه : تاریخ انقضا :) ندارد
- سابقه خسارت : دارد (علت : تاریخ وقوع :) ندارد
- سایر موارد :

اینجانب بدین وسیله تایید و اعلام می دارم ' کلیه اظهارات مندرج در این فرم کاملاً صحیح بوده و هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه نامه خواهد شد . همچنین در صورت هرگونه تغییرات بلافاصله شرکت بیمه را در جریان امر قرار خواهم داد.

نام و امضای پیشنهاد دهنده (بیمه گذار) :

مهر و امضای نماینده/کار گزار :