



**پرسشنامه و فرم پیشنهاد
شکست ماشین آلات (M.B)**

آدرس ساختمان مرکزی :
تهران ملاصدرا. شیراز جنوبی. برزیل غربی. شماره ۵۱

با توجه به اینکه فرم ذیل اساس انعقاد قرارداد بیمه می باشد، خواهشمند است اطلاعات خواسته شده در کلیه ردیف های مندرج در این فرم را با دقت تکمیل نمایید .

محل فعالیت ماشین آلات	محتوای پرسشنامه
	۱- نوع (ویژگی های) پروژه ای که ماشین آلات در آن فعالیت می کنند:
	۲- نشانی محدوده جغرافیایی فعالیت ماشین آلات : تلفن: _____ فکس: _____
مدت	مدت مورد درخواست برای پوشش بیمه ای : روز از تاریخ تا تاریخ
مشخصات بیمه گذاران	۱- نام بیمه گذار: نشانی: _____ شناسه / کد ملی : _____ کد اقتصادی: _____ تلفن: _____ فکس: _____
	۲- فردی که بیمه گر در صورت داشتن سوال یا ابهام می تواند با وی ارتباط برقرار نماید: نام: _____ سمت: _____ تلفن: _____
مشخصات ماشین آلات	۱- آیا ماشین آلات مورد بیمه در زمان نصب بیمه بوده است؟ (در صورت پاسخ مثبت، برای کدام ردیفهای فهرست ماشین آلات مندرج در جدول و نزد کدام شرکت بیمه): بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	۲- آیا ماشین آلات مورد تقاضا در حال حاضر دارای گارانتی شرکت سازنده می باشند؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	۳- آیا ماشین آلات مورد تقاضا قبلاً خسارتی داشته اند؟ در صورت مثبت بودن به سوالات ذیل پاسخ دهید: * مشخصات دستگاه : * علت حادثه: * تاریخ حادثه: * مبلغ خسارت:
	۴- آیا دستور العمل و شیوه نامه های بهره برداری و نگهداری ماشین آلات مورد تقاضا طبق استانداردها رعایت می شود: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	۵- آیا قطعات ماشین آلات مورد تقاضا از داخل کشور قابل تامین است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	۶- آیا تعمیرات ماشین آلات مورد تقاضا در داخل کشور قابل انجام است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	۷- آیا ماشین آلات اظهار شده شامل کلیه ماشین آلات مستقر در کارخانه می باشد؟ چنانچه پاسخ منفی است، آیا ماشین آلات موضوع بیمه در برگیرنده کلیه ماشین آلات مستقر در یک بخش از کارخانه است ؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (لطفاً توضیح دهید).



پرسشنامه و فرم پیشنهاد شکست ماشین آلات (M.B)

آدرس ساختمان مرکزی :
تهران ملاصدرا. شیراز جنوبی. برزیل غربی. شماره ۵۱

با توجه به اینکه فرم ذیل اساس انعقاد قرارداد بیمه می باشد، خواهشمند است اطلاعات خواسته شده در کلیه ردیف های مندرج در این فرم را با دقت تکمیل نمایید .

پوشش های اضافی مورد درخواست

۱- چه پوششهای اضافی دیگری مورد درخواست می باشد؟

- هزینه حمل هوایی (پس از وقوع خسارت)
- هزینه حمل سریع، اضافه کاری، کار در شب و کار در ایام تعطیل
- آتش سوزی
- سرقت با شکست حرز
- پوشش خطر بدنه بدون پوشش حمل و نقل (شامل سیل، زلزله، نشست و رانش زمین، سرقت و آتش سوزی)
- پوشش خطر بدنه با پوشش حمل و نقل (شامل سیل، زلزله، نشست و رانش زمین، سرقت و آتش سوزی)
- اموال مجاور (فقط در محل فعالیت ماشین آلات) ارزش اموال مجاور : ریال
- گرامت جانی اشخاص ثالث برای هر نفر (فقط در محل فعالیت ماشین آلات) : ریال
- گرامت جانی اشخاص ثالث برای چند نفر (فقط در محل فعالیت ماشین آلات) : ریال
- خسارت مالی ثالث (فقط در محل فعالیت ماشین آلات) : ریال
- پوشش آتش سوزی داخلی، انفجار شیمیایی داخلی و صاعقه مستقیم
- سایر (لطفا نام ببرید):

خطرات / ریسکها

آیا ماشین آلات و تجهیزات در معرض خطرهای خاص زیر قرار دارند؟

عدم مهارت اپراتورها	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
طراحی غلط ماشین آلات	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
عدم کیفیت در تولید ماشین آلات	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
آتش سوزی و انفجار	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر

سایر خطرات:



**پرسشنامه و فرم پیشنهاد
شکست ماشین آلات (M.B)**

آدرس ساختمان مرکزی :
تهران ملاصدرا، شیراز جنوبی، برزیل غربی، شماره ۵۱

با توجه به اینکه فرم ذیل اساس انعقاد قرارداد بیمه می باشد، خواهشمند است اطلاعات خواسته شده در کلیه ردیف های مندرج در این فرم را با دقت تکمیل نمایید .

لطفاً مشخصات کامل ماشین آلات مورد تقاضا را در جدول ذیل تکمیل نمایند:

ردیف	نام دستگاه	نام کارخانه سازنده	شماره سریال	شماره موتور	شماره شاسی	ظرفیت	سال ساخت	لطفاً ارزش روز جایگزینی هر ماشین یا ماشین مشابه نو با همان ظرفیت و بعلاوه هزینه حمل، حقوق و عوارض گمرکی و هزینه نصب آن را مشخص فرمائید.

* 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 که لازم می دانید و درخواست پوشش بیمه ای دیگری را که دارید را در این محل ذکر فرمائید.

بدینوسیله اعلام میدارد کلیه اظهارات مندرج در این پرسشنامه مقرون به صحت و منطبق با آخرین اطلاعات بیمه گذار می باشد و همچنین موافقت می شود که این پرسشنامه (فرم پیشنهاد) 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.

تاریخ:
نام و مهر و امضای بیمه گذار: