



**پرسشنامه و فرم پیشنهاد
تجهیزات الکترونیک (E.E)**

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 .

موضوع فعالیت تجهیزات	۱- عنوان تجهیزات:
	۲- مشخصات پروژه ای که تجهیزات مورد بیمه در آن فعالیت می کنند:
	۳- نشانی محل فعالیت تجهیزات : تلفن: _____ فکس: _____
مدت	۱- 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 تجهیزات	۱- آیا تجهیزات موضوع بیمه قبلاً بیمه بوده است؟ (در صورت مثبت بودن پاسخ، برای کدام ردیفهای فهرست تجهیزات مندرج در جدول و نزد کدام شرکت بیمه): بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	۲- آیا تجهیزات موضوع بیمه قبلاً خسارتی داشته اند؟ در صورت مثبت بودن به سوالات ذیل پاسخ دهید: * مشخصات دستگاه : * علت حادثه: * تاریخ حادثه: * مبلغ خسارت:



**پرسشنامه و فرم پیشنهاد
تجهیزات الکترونیک (E.E)**

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 .

<p>۳- آیا تمام تجهیزات نو می باشد؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۴- آیا تجهیزات مطابق دستورات سازنده نگهداری می شوند؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>لطفاً برنامه نگهداری را توضیح دهید.</p>	
<p>۵- آیا پرسنلی که با تجهیزات مورد بیمه کار می کنند توسط سازنده تجهیزات یا موسسات دیگر تعلیم دیده اند ، لطفاً توضیح دهید؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۶- آیا تجهیزات مورد درخواست برای پوشش بیمه ای، قابل حمل می باشند؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۷- آیا تجهیزات مورد بیمه تمام یا قسمتی اجاره شده است؟</p> <p>اگر چنین است لطفاً نام آن تجهیزات و نام و آدرس مالکین آنها را ذکر نمایید:</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۸- چه امکانات اطفای حریق در محل استقرار تجهیزات موجود میباشد، لطفاً توضیح دهید؟</p>	
<p>۹- آیا پرسنل آموزشهای ایمنی و اطفای حریق را دیده اند؟</p> <p>(در صورت پاسخ مثبت لطفاً توضیح دهید)</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۱- چه پوششهای اضافی دیگری مورد درخواست می باشد؟</p> <p>سرت <input type="checkbox"/></p> <p>سرت با شکست حرز <input type="checkbox"/></p> <p>آسیب به نرم افزار <input type="checkbox"/></p> <p>هزینه اجاره دستگاههای جایگزین تا راه اندازی مجدد <input type="checkbox"/></p> <p>سایر <input type="checkbox"/> (لطفاً نام ببرید):</p>	<p>پوشش های اضافی مورد درخواست</p>



**پرسشنامه و فرم پیشنهاد
تجهیزات الکترونیک (E.E)**

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 .

خطرات / ریسکها

مواد خطرناک ذیل در کنار تجهیزات مورد بیمه قرار دارند؟		
اسیدها	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
بازها	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
کاغذهای حساس یا آماده شده	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
محللول های مخصوص آزمایش	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
محللولهای ظاهر کننده (شیمی / عکاسی)	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
مواد منفجره	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
ایزوتوپها	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر
سایر خطرات:		

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

ردیف	نام دستگاه	نام کارخانه سازنده	شماره سریال	مدل	ظرفیت	سال ساخت	ارزش جایگزینی
							شرح کامل و دقیق تجهیزات
							لطفاً ارزش روز جایگزینی هر دستگاه یا دستگاه 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: