

شرکت بیمه سامان

فرم پیشنهاد و پرسشنامه صدور بیمه نامه تجهیزات پزشکی

1. معرفی بیمه نامه

موضوع بیمه: جبران خسارت های مالی وارد شده به مورد بیمه، در مواردی که نیاز به تعمیر یا تعویض (مطابق با ارزش جایگزینی) داشته باشد، مطابق با مفاد مندرج در شرایط عمومی، شرایط خصوصی و فرم پیشنهاد بیمه نامه تجهیزات پزشکی، در اثر وقوع خطرات تحت پوشش، به بیمه گذار یا ذینفع بیمه نامه، به میزان خسارت محقق شده و حداکثر تا سقف سرمایه یا تعهد تعیین شده در جدول مشخصات بیمه نامه انجام خواهد شد.

خطرات تحت پوشش:

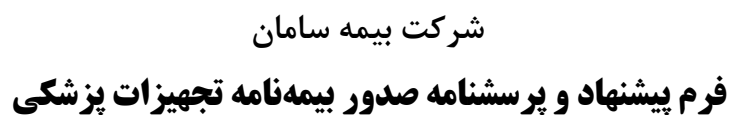
- 1- حوادث طبیعی
- 2- سرقت با شکست حرز
- 3- ضربه و شکست فیزیکی
- 4- آبدیدگی و ریختن مایعات
- 5- سوختگی و دودزدگی
- 6- آتش سوزی و انفجار با منشا داخلی ناشی از عملکرد نادرست دستگاه

2. مشخصات بیمه گذار

شخص حقوقی	نام رسمی شرکت:	شناسه ملی:
	کد اقتصادی:	شماره ثبت:
	شماره تلفن:	آدرس ایمیل:
	آدرس پستی:	
	کد پستی:	
شخص حقیقی	نام و نام خانوادگی:	کد ملی:
	نام پدر:	تاریخ تولد:
	شماره تلفن همراه:	شماره تلفن ثابت:
	آدرس ایمیل:	
	آدرس پستی:	
	کد پستی:	

3. مشخصات ذینفع

شخص حقوقی	نام رسمی شرکت:	شناسه ملی:
	کد اقتصادی:	شماره ثبت:
	شماره تلفن:	آدرس ایمیل:
	آدرس پستی:	
شخص حقیقی	نام و نام خانوادگی:	کد ملی:
	نام پدر:	تاریخ تولد:
	شماره تلفن همراه:	شماره تلفن ثابت:
	آدرس ایمیل:	
	آدرس پستی:	



		آدرس ایمیل:	
		آدرس پستی:	
		کد پستی:	

[illegible]

ارزش کل تجهیزات مورد بیمه (ریال) :

* در صورت وجود تعداد بیشتر تجهیزات، موارد را در لیستی جداگانه مطابق قالب جدول فوق ارائه فرمایید.

5. برآورد ریسک بیمه‌ای و محاسبه حق بیمه

5-1 آیا تجهیزات تاکنون دچار آسیب شده‌اند یا مورد تعمیر قرار گرفته‌اند؟ (در صورتی که پاسخ بله است لطفاً جزئیات را تشریح نمایید).

☐ بله ☐ خیر توضیحات:

5-2 آیا طی دو سال گذشته مورد بیمه دارای بیمه‌نامه بوده است؟ (در صورت پرداخت خسارت توسط شرکت بیمه، نوع خسارت و مبلغ پرداخت شده را اعلام فرمایید).

☐ بله ☐ خیر مبلغ حق بیمه (ریال): توضیحات:

شرکت بیمه سامان

فرم پیشنهاد و پرسشنامه صدور بیمه نامه تجهیزات پزشکی

3-5 سایر توضیحات: (از جمله نام نمایندگی خدمات پس از فروش در ایران و لیست تجهیزاتی که وضعیت گارانتی آنها منقضی شده است)

3-6 در صورت وجود خطرات احتمالی دیگر یا در صورت درخواست پوشش خطرات اضافی علاوه بر موارد تحت پوشش فوق الذکر، مراتب را اعلام فرمایید:

این جانب بدین وسیله اعلام و تأیید می نماید که پاسخ کلیه سؤالات فوق را به صورت کامل، منطبق با واقعیت و بر اساس آخرین اطلاعات خود ارائه نموده و بر اساس شرایط عمومی بیمه نامه تجهیزات پزشکی اقدام به استعلام نرخ و شرایط نموده است. و همچنین موافقت می نماید این پرسشنامه مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد.

نماینده/کارگزار:

مهر، امضاء و تاریخ

متقاضی بیمه نامه:

امضاء و تاریخ

*** به اطلاع می رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه گذار بیمه نامه صادر خواهد گردید. ***

قسمت زیر توسط عامل فروش/کارشناس ارزیاب بازدید اولیه تکمیل گردد.

- ☐ هیچ گونه آسیب قابل رؤیت در تجهیزات شامل ضرب خوردگی، شکستگی، ترک، آبدیدگی و غیره مشاهده نشد.
- ☐ هیچ گونه آسیب فیزیکی و یا نقص در عملکرد دستگاه و ... مانند وجود اختلال در صفحه نمایش مشاهده نشد

کارشناس بازدید:

امضاء و تاریخ: