

ENF030

تجدید نظر: ۰۰

صفحه: ۱ از ۴

بیمه سامان

فرم پرسشنامه و پیشنهاد بیمه جامع ماشین آلات (CMI)



مشخصات متقاضی (بیمه‌گذار)

نام (مؤسسه، شرکت، سازمان):	کد پستی:
شماره ثبت:	تلفن ثابت:
شناسه ملی / کد اقتصادی (الزامی است):	تلفن همراه:
نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده:	نمابر:
سمت:	

نشانی متقاضی (بیمه‌گذار):

ماهیت کلیه کسب و کارها و فعالیت‌ها:

نام و مشخصات سایر ذینفعان مرتبط با بیمه گزار به موجب عقد این بیمه نامه (نظیر شرکا، مؤسسات مالی، شرکا و غیره):

.....

.....

آیا اموال مورد بیمه در گذشته یا در حال حاضر توسط بیمه گر دیگری پوشش بیمه تمام خطر اموال یا شکست ماشین آلات را داشته‌اند؟

بلی ☐ خیر ☐ در صورتی که پاسخ مثبت است نام شرکت بیمه صادر کننده آن را بنویسید:

آیا اموال مورد بیمه ظرف ۶ سال گذشته دچار خسارت شده‌اند؟

بلی ☐ خیر ☐ در صورتیکه پاسخ مثبت است تاریخ، علت و مبلغ خسارت و اقلام خسارت دیده و نام شرکت بیمه پرداخت کننده خسارت را مشخص فرمایید.

.....

.....

وسایل ایمنی:

آیا در محل مورد بیمه، آب پاش وجود دارد؟	بلی ☐ خیر ☐
آیا در محل مورد بیمه، سیستم آب پاش ثابت وجود دارد؟	بلی ☐ خیر ☐
آیا در محل مورد بیمه، دستگاه‌های اطفای حریق وجود دارد؟	بلی ☐ خیر ☐
آیا در محل مورد بیمه، سیستم اعلام حریق وجود دارد؟	بلی ☐ خیر ☐
آیا در محل مورد بیمه، تریلر حاوی پمپ آب یا گاز وجود دارد؟	بلی ☐ خیر ☐
آیا در محل مورد بیمه، سیستم هیدرات وجود دارد؟	بلی ☐ خیر ☐
آیا در محل مورد بیمه، ماشین آتش نشانی وجود دارد؟	بلی ☐ خیر ☐
آیا در محل مورد بیمه، سیستم اسپرینکلر وجود دارد؟	بلی ☐ خیر ☐

ارزش اموال (سرمایه) بیمه شده

ساختمان‌ها:	سازه‌ها:
لوازم ثابت:	بهسازی:
ماشین آلات و تجهیزات:	محتویات ساختمان (اثاثیه):

ENF030		بیمه سامان			
تجدید نظر: ۰۰		فرم پرسشنامه و پیشنهاد بیمه جامع ماشین آلات (CMI)			
صفحه: ۲ از ۴					
ارزش اموال (سرمایه) بیمه شده					
تجهیزات رایانه‌ای (سخت افزار و نرم افزار): پول در گاو صندوق:					
موجودی کالا شامل: مواد خام: کالای نیم ساخته: کالای ساخته شده:					
سایر موارد:					
جمع کل:					
توقف تجارت (عدم النفع)					
نام حسابرس:					
پایان سال مالی بیمه گذار:					
سابقه خسارت و نام بیمه گری که محتویات محل مورد نظر را بیمه نموده است:					
مدت پوشش مورد نیاز:					
سرمایه بیمه (بر اساس سود ناخالص در یک دوره ۱۲ ماهه):					
سیستم های امنیتی موجود در محدوده مکانی مورد بیمه					
☐ دوربین های مراقبتی (مدار بسته) ☐ سیستم اعلام سرقت					
☐ نگهبانی ۲۴ ساعته ☐ گیت ورود و خروج امنیتی					
سایر موارد:					
پوشش های اضافی مورد درخواست					
لطفاً پوشش های مورد درخواست خود را مشخص نمایید:					
☐ دستمزد کارشناسان، معماران و مشاوران ☐ برداشت ضایعات ☐ شیشه ها					
☐ مقامات عمومی ☐ هزینه های اطفاء حریق ☐ افزایش سرمایه					
☐ کلید و قفل ها ☐ برچیدن سازه های موقت ☐ تجهیزات الکترونیک					
☐ کلوز تغییرات کوچک ☐ کلوز تعدیل ☐ کلوز پرداخت از حساب					
☐ تعویض و تعمیر ☐ کلوز پاکسازی داخلی ☐ کلوز پول در گردش					
☐ کلوز بارگیری وسایل نقلیه زمینی ☐ کلوز خسارت ناشی از دودزدگی ☐ خرابی موجودی انبار					
☐ کالای مشتریان ☐ نشتی اسپرینکلر ☐ پی و ستون های ساختمان					
☐ "جایگزینی به ارزش نو" برای اقلام مورد بیمه (ساختمان، ماشین آلات، اثاثیه، منصوبات ساختمانی، تاسیسات)					
مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه					
مدت بیمه نامه: روز. تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز/...../..... تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴ روز/...../.....					
مسئولیت کارفرما در قبال اشخاص ثالث					
تعهدات مورد درخواست بیمه گذار			تعهد به ریال		
هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه					
غرامت نقص عضو و فوت برای هر نفر در هر حادثه					
هزینه پزشکی، غرامت نقص عضو و فوت برای کل اشخاص در طول مدت بیمه نامه					
غرامت مالی ثالث در طول مدت بیمه نامه					

فرم پرسشنامه و پیشنهاد بیمه جامع ماشین آلات (CMI)

اطلاعات مورد نیاز

ارزش تفکیکی ساختمان (ها):

[illegible]

تشکست ماشین آلات:

☐ آيا ماشين آلات كه د فهرست ماشين آلات اعلام شده اند شامل كارخانه مي شود؟ ☐ خیر

آیا برنامه مدته: ☐ خیر ☐ بله

.....
صو، تکه باسخت مشت است، کلیات نحوه
د، صو، تکه باسخت مشت است، کلیات نحوه

[illegible][illegible]

ENF030

تجدید نظر: ۰۰

صفحه: ۴ از ۴

بیمه سامان

فرم پرسشنامه و پیشنهاد بیمه جامع ماشین آلات (CMI)



- بیمه‌گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه‌نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

- بیمه‌گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

- پیشنهاد دهنده بدین وسیله اعلام و تایید می‌نماید که پاسخ کلیه سوالات فوق را به صورت کامل، منطبق با واقعیت و بر اساس آخرین اطلاعات خود ارائه نموده و همچنین موافقت می‌نماید این پرسشنامه مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد.

*** به اطلاع می‌رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه‌نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه‌گذار بیمه‌نامه صادر خواهد گردید. ***

نماینده/کارگزار:

مهر، امضاء و تاریخ

بیمه‌گذار:

مهر، امضاء و تاریخ