

## پرسشنامه و پیشنهاد بیمه شکست ماشین آلات

تاریخ:

M.B

شماره:

	<p>۱- نام پیشنهاد دهنده :</p> <p>نشانی :</p> <p>نوع فعالیت :</p> <p>نشانی کارخانه :</p> <p>نام سرمهندس یا مدیر کارخانه :</p> <p>نزدیکترین ایستگاه راه آهن یا فرودگاه :</p>
<p>تلفن :</p>	<p>۲- آیا ماشین آلات موضوع بیمه قبلاً توسط سایر شرکتهای بیمه تحت پوشش قرار گرفته است ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>در صورتی که پاسخ مثبت است: (۱- کدامیک از اقلام جدول مشخصات ۲- توسط کدامیک از شرکتهای بیمه ) تحت پوشش قرار گرفته اند .</p>
<p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	<p>۳- آیا بیمه فونداسیون ماشین آلات نیز مورد درخواست است ؟</p> <p>در صورت مثبت بودن پاسخ ،لطفاً مشخصات فونداسیون را ذکر فرمائید .</p>
<p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	<p>۴- آیا کلیه تأسیسات تحت بیمه نامه ماشین آلات قابل پوشش می باشند .</p> <p>در صورت منفی بودن پاسخ ، آیا ماشین آلات موضوع بیمه دربرگیرنده کلیه ماشین آلات مستقر در یک بخش از کارخانه می باشد ؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>
<p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	<p>۵- آیا مایلید در صورت بروز خسارت ، هزینه های اضافی از قبیل (A) نیز تحت پوشش قرار گیرد ؟</p> <p>( هزینه حمل سریع ، اضافه کاری ، کاردرشب ، کار درایام تعطیل رسمی ، هزینه حمل هوایی )</p> <p>حد گرامت مورد نیاز برای هزینه حمل هوایی :</p>
<p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	<p>۶- در صورت درخواست پوششهای اضافی دیگر مانند حوادث طبیعی و سایر حوادث مورد درخواست را مشخص فرمایید .</p>
<p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	<p>۷- آیا در سه سال گذشته خسارتی به اقلام مورد بیمه وارد آمده است ؟</p> <p>لطفاً نوع و مبلغ خسارت را ذکر کنید .</p>
<p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	<p>۸- چنانچه مایلید در صورت بروز خسارات احتمالی در تعیین کارشناس ارزیاب خسارت پرونده مربوطه مشارکت نمایید ، نام و نام خانوادگی و کد فعالیت کارشناس پیشنهادی (دارای پروانه فعالیت از بیمه مرکزی) را اعلام فرمایید.</p>
<p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	<p>توجه : بدین وسیله موافقت می گردد که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد . بیمه گر فقط در چهارچوب شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول می باشد و خارج از آن تعهدی ندارد ، بیمه گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید .</p>

امضاء بیمه گذار:

تاریخ:

