



پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه

تجهیزات الکترونیکی (EE)

ساختمان مرکزی : تهران - خیابان گاندی - خیابان

پانزدهم - پلاک ۲

تلفن : ۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱ و ۸۸۷۷۰۹۸۳ و ۸۸۷۷۰۹۸۸

نمبر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

۱- نام و نشانی پیشنهاد دهنده (ذکر کد ملی یا کد اقتصادی برای اشخاص حقیقی یا حقوقی ضروری می باشد):
تلفن: _____ نمبر: _____
۲- نوع و موضوع فعالیت تجهیزات مورد بیمه:
۳- نشانی محل تجهیزاتی که باید بیمه شوند (آدرس کامل): نوع ساختمان: اسکلت فلزی ☐ بتنی ☐ آجری ☐ چوبی ☐ سایر ☐ (نام ببرید): _____ تلفن: _____ نمبر: _____
۴- آیا تجهیزات قبلاً بیمه بوده است؟ ☐ بلی ☐ خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، برای کدام ردیفهای فهرست تجهیزات مندرج در بند ۱۸ و نزد کدام شرکت بیمه:
۵- آیا تمام تجهیزات نو می باشند؟ ☐ بلی ☐ خیر در صورت منفی بودن پاسخ، کدامیک از اقلام دست دوم بوده و چند سال از عمر کاری آنها می گذرد:
۶- مدت مورد درخواست برای پوشش بیمه‌ای: _____ روز از تاریخ _____ تا تاریخ _____
۷- آیا تجهیزات مطابق دستورات سازنده نگهداری می‌شوند؟ ☐ بلی ☐ خیر لطفاً برنامه نگهداری را توضیح دهید:
۸- آیا کارکنانی که با تجهیزات مورد بیمه کار می‌کنند توسط سازنده تجهیزات یا مؤسسات دیگر آموزش دیده‌اند، لطفاً توضیح دهید؟
۹- آیا خطر سیل و طغیان آب وجود دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر اگر پاسخ مثبت است به کدام دلیل: حجم آب (دبی) ☐ بارش سیل آسا ☐ فاضلاب ☐ سایر ☐ (لطفاً نام ببرید): _____
۱۰- آیا در نزدیکی محل استقرار تجهیزات مواد خطرناک وجود دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً مشخص فرمائید: اسیدها ☐ بازها ☐ کاغذهای حساس یا آماده شده ☐ محلولهای مخصوص آزمایش ☐ محلولهای ظاهر کننده (شیمی/عکاسی) ☐ مواد منفجره ☐ ایزوتوپها ☐ سایر ☐ (نام ببرید): _____
۱۱- آیا وسایل اطفای حریق در محل استقرار تجهیزات وجود دارد؟ لطفاً توضیح دهید.



پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه

تجهیزات الکترونیکی (EE)

ساختمان مرکزی : تهران - خیابان گاندی - خیابان

پانزدهم - پلاک ۲

تلفن : ۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱ و ۸۸۷۷۰۹۸۳ و ۸۸۷۷۰۹۸۸

نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

۱۲- آیا کارکنان آموزشهای ایمنی و اطفای حریق را دیده‌اند؟ بلی ☐ خیر ☐ (در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً توضیح دهید)

۱۳- آیا خطرات خاصی تجهیزات مورد بیمه را تهدید می‌کند؟ نام ببرید.

۱۴- آیا تجهیزات مورد درخواست برای پوشش بیمه‌ای پرتابل می‌باشند؟ بلی ☐ خیر ☐

۱۵- آیا تمام یا بخشی از تجهیزات پیشنهادی برای بیمه را کرایه کرده اید؟ بلی ☐ خیر ☐
اگر چنین است لطفاً لیست تجهیزات مذکور به انضمام نام و آدرس مالکین آنها را ارائه نمایید:

۱۶- آیا تاکنون خسارتی برای موضوع مورد بیمه بوقوع پیوسته است؟ در صورت پاسخ مثبت لطفاً توضیح دهید.

۱۷- مشخصات تجهیزات مورد درخواست بیمه

ردیف	نام تجهیزات به تفکیک (شامل نوع، مدل، سازنده، ظرفیت، شماره سریال)	سال ساخت	مبالغ بیمه شده ^(۱) (واحد پول:)

جمع مبالغ مورد بیمه:

(۱) 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.

شماره فرم : DE-FR-
751-65

صفحه : ۲ از ۳

شماره بازنگری فرم :
۲

ملاحظات (لطفاً هر توضیح اضافی را که لازم می دانید ذکر فرمائید):

بدینوسیله اعلام می دارد کلیه اظهارات مندرج در این پرسشنامه مقرون به صحت و منطبق با آخرین اطلاعات متقاضی بیمه و همچنین رعایت کامل قوانین مربوط به پولشوئی می باشد و موافقت دارد که این پرسشنامه 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.

در صورتیکه پرسشنامه توسط نماینده بیمه گر تکمیل شده باشد، نماینده مذکور مکلف است متن ذیل را به دقت مورد مطالعه قرار داده و امضاء نماید.

بدینوسیله اعلام می دارد اطلاعات و اظهارات مندرج در این پرسشنامه از افراد مطلع اخذ گردیده و اطلاعات مذکور با مشاهدات اینجانب از محل فعالیت بیمه گذار هماهنگی داشته و متعهد می گردد در صورتیکه اطلاعات کامل تر اخذ و یا تغییراتی در اطلاعات مذکور مشاهده گردید مراتب در اسرع وقت توسط اینجانب به بیمه گر اطلاع داده شود. بدیهی است چنانچه در طول مدت بیمه برای بیمه گر محرز گردد که اطلاعات ارائه شده در پرسشنامه با واقعیت موجود منطبق نمی باشد، بیمه گر مجاز خواهد بود مابه التفاوت حق بیمه پرداخت شده به حق بیمه واقعی را از کارمزد اینجانب کسر نماید و در صورت وقوع خسارت (متناسب با مابه التفاوت حق بیمه دریافت نشده) به تشخیص بیمه گر بعهده اینجانب خواهد بود.

تاریخ:

مهر و امضاء نماینده:

کد نماینده:

تاریخ:

نام و مهر و امضای بیمه گذار: