



پیشنهاد و پرسشنامه بیمه آتش سوزی و خطرات تبعی مسکونی

شماره:

تاریخ پیشنهاد:

نام و کد شعبه/نماینده/کارگزار:

صفحه ۱ از ۳

سابقه بیمه ای ☐ ندارد. ☐ دارد: شماره/کد رایانه بیمه نامه:

تاریخ شروع: / / و تاریخ خاتمه: / / شرکت بیمه گرجبلی: واحد صدور:

سابقه خسارت ☐ ندارد. ☐ دارد: مبلغ خسارت: ریال، علت خسارت:

در صورتیکه سابقه بیمه ای سال گذشته، نزد شرکت بیمه دانا باشد و درخواست تمدید عینا مشابه اطلاعات قبل باشد و در صورت ارائه بیمه نامه، نیازی به تکمیل سایر اطلاعات فرم پیشنهاد نمی باشد. لطفا در صورت موافقت جهت درخواست تمدید، این قسمت امضاء و تأیید گردد.

نام و امضاء

* مشخصات بیمه گذار، اشخاص حقیقی باید مطابق با کارت ملی (اسناد سازمان ثبت احوال) و جهت اشخاص حقوقی مطابق با مدارک سازمان ثبت اسناد یا ثبت شرکت ها تکمیل گردد.

نام و نام خانوادگی/نام شرکت: کد/شناسه ملی: تاریخ تولد/تاسیس: / /

شماره شناسنامه/کد اقتصادی: محل صدور شناسنامه/ثبت شرکت: نام پدر:

(اشخاص، حقیقی)

شماره تلفن و فکس: شماره تلفن همراه: آدرس الکترونیکی(ایمیل):

آدرس بیمه گذار: استان شهرستان شهر کدپستی:

نام بانک: شعبه بانک: کد بانک: شماره فاکتور/درخواست بانک:

☐ کل سرمایه ☐ بخشی از سرمایه به مبلغریال از بند/بندهای مورد پیشنهاد بیمه.

* مشخصات ذینفع همانند مشخصات پیشنهاد دهنده/بیمه گذار بطور کامل در این قسمت ارائه گردد.

۱- ☐ کل سرمایه ☐ بخشی از سرمایه به مبلغاز بندمورد پیشنهاد بیمه.

۲- بخشی از سرمایه به مبلغاز بندمورد پیشنهاد بیمه.

مدت بیمه درخواستی

روز. از ساعت ۲۴ روز / / لغایت ساعت ۲۴ روز / /

- سال ساخت / تاسیس: سال شروع به کار: نوع مالکیت: ☐ دولتی ☐ غیر دولتی نوع تملک: ☐ مالک ☐ مستاجر

- نوع سازه/اسکلت: ☐ گلی و سنتی ☐ آجری ☐ فلزی ☐ بتنی ☐ براساس آئین نامه ۲۸۰۰ سایر موارد

- وضعیت سیم کشی: ☐ توکار ☐ روکار ☐ روکار داخل داکت/کانال / یا بر روی سینی فلزی سایر موارد

- تجهیزات و امکانات اعلام و اطفاء حریق: ☐ ندارد ☐ دارد ☐ کپسول اطفاء حریق: تعداد نوع تاریخ انقضاء شارژ

☐ فایر باکس (جعبه F) ☐ پوش باتن (شستی اعلام حریق) ☐ دکتور دود و حرارتی سایر موارد

- فاصله نزدیکترین ایستگاه آتش نشانی به محل مورد بیمه می باشد.

- نوع اشتغال / کاربری ساختمانهای همجوار(همسایگان) را ذکر نمائید: شمال جنوب شرق غرب

نام و امضاء نماینده/کارگزار

نام و امضاء نماینده/کارگزار

کد پستی:

نوع اشتغال/موضوع فعالیت محل مورد بیمه:

شهر

شهرستان

آدرس دقیق محل مورد پیشنهاد بیمه: استان

ردیف	انواع مورد بیمه	نوع، مشخصات و شرح کامل موارد پیشنهاد بیمه	ارزش / سرمایه (به ریال)
۱	*ساختمان ☐ تکمیل شده ☐ در حال احداث بانضمام ☐ تاسیسات وابسته ☐ مشاعات		
۲	تاسیسات		
۳	لوازم و اثاثیه منزل مسکونی		
۴	شیشه های منصوب در ساختمان		
۵	ظروف تحت فشار صنعتی (بویلر، دیگ بخار و ...)		
۶	دیوار کشی و محوطه سازی		
۷	وسائط نقلیه متوقف در محل مورد بیمه		
۸	موجودی		
جمع سرمایه			

آدرس دقیق و مشخصات، نوع موارد پیشنهاد بیمه

خطرات اصلی و تبعی

☐	خطرات اصلی (آتش سوزی، صاعقه و انفجار= آصا)	☐	زلزله و آتشفشان	☐	رانش زمین (در صورت درخواست زلزله)
☐	سیل و طغیان آب	☐	ضایعات برف و باران	☐	سنگینی برف (در صورت درخواست ضایعات برف و باران)
☐	طوفان و گردباد	☐	سقوط هواپیما (دور از فرودگاه بالاتر از ۵ کیلومتر)	☐	شورش، بلوا، اعتصاب
☐	ترکیدگی لوله آب	☐	سقوط هواپیما (نزدیک فرودگاه کمتر از ۵ کیلومتر)		

پوشش های تکمیلی

ردیف	شکست شیشه	شیشه های منصوب در ساختمان: تعداد	متر از	نوع	ضخامت	ارزش / سرمایه (به ریال)
☐	شکست شیشه					مطابق بند ۴ جدول مورد پیشنهاد بیمه
☐	انفجار ظروف تحت فشار	مربوط به ظروف تحت فشار صنعتی مانند بویلر، دیگ بخار و ...				مطابق بند ۵ جدول مورد پیشنهاد بیمه
☐	دفرمه شدن ظروف تحت فشار	در صورت درخواست انفجار ظروف تحت فشار صنعتی				مطابق بند ۵ جدول مورد پیشنهاد بیمه
☐	*سرقت با شکست حرز	ارائه صورت ریز، ارزش تفکیکی و مشخصات هر یک از اقلام تحت پوشش سرقت، طی لیست جداگانه الزامیست. مربوط به بند/بند های مورد پیشنهاد بیمه.				

* جمع سرمایه اقلام تحت پوشش سرقت نمی تواند از مجموع سرمایه موارد بیمه (مربوط به بندهای مذکور)، در جدول شرح موارد بیمه، بیشتر باشد.

سایر پوشش ها

ردیف	پاکسازی	حداکثر ۲۰ درصد سرمایه موارد بیمه، قابل ارائه می باشد.	ویژگی ها و مشخصات	میزان تعهد مورد درخواست (به ریال)
☐	مسئولیت مدنی (مالی)		پوشش خسارات وارده به اموال همسایگان همجوار و ناشی از خطرات آتش سوزی و انفجار	
☐	*پوشش فوت و نقص عضو	تعهد پایه جهت یک نفر ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال جهت چند نفر ۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال		تا ۳۰ برابر قابل افزایش می باشد. ضریب مورد درخواست برابر.
☐	*پوشش هزینه پزشکی	تعهد پایه جهت یک نفر ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال جهت چند نفر ۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال.		در صورت درخواست پوشش فوت، ضریب مطابق تعهد فوت و نقص عضو می باشد.
☐	اسکان موقت	برای مدت ۱۸۰ روز و حداکثر تا سقف ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال.		

* پوشش فوت و نقص عضو و هزینه پزشکی مربوط به بیمه گذار و خانواده وی در محل مورد بیمه و در قبال خطرات اصلی (آتش سوزی، صاعقه و انفجار) می باشد.

نام و امضاء پیشنهاد دهنده/بیمه گذار

نام و امضاء نماینده/کارگزار

* چنانچه قرارداد با توافقنامه جداگانه ای برای پوشش بیمه موضوع پیشنهاد منعقد گردیده است ، لطفا موارد زیر تکمیل گردد.

شماره قرارداد :

تاریخ قرارداد:

نام سازمان:

- ۱- در جدول پیشنهاد موارد بیمه شرح کامل اموال مورد پیشنهاد بیمه را با ذکر ارزش واقعی درج و به کلیه سوالات ، پاسخ دهید.
- ۲- پس از صدور بیمه نامه ، متن بیمه نامه و موارد بیمه شده را بدقت مطالعه نموده و در صورت داشتن هرگونه مغایرت مراتب را در اسرع وقت به واحد صدور مربوطه منعکس نمایید.
- ۳- در صورت خرید هر نوع اموالی بیمه گذار می بایست برای دریافت پوشش بیمه ای آنها مراتب را طی نامه کتبی با ذکر مشخصات کامل و ارزش آنها به شرکت بیمه اطلاع داده تا با صدور الحاقیه و دریافت حق بیمه اضافی اموال مورد نظر تحت پوشش قرار گیرند.
- ۴- طبق ماده ۱۰ قانون بیمه ، " در صورتی که مالی به کمتر از قیمت واقعی بیمه شده باشد بیمه گر فقط به تناسب مبلغی که بیمه کرده است نسبت به قیمت واقعی مال مسئول خسارت خواهد بود . "
- ۵- اگر مالی بیشتر از ارزش واقعی بیمه شود در صورت بروز خسارات احتمالی ملاک پرداخت خسارت براساس قیمت روز حادثه خواهد بود. و طبق اصل غرامت، جبران خسارت در هیچ مورد از میزان زیان وارده به بیمه گذار نسبت به مورد بیمه در زمان وقوع خسارت تجاوز نمی کند . بنابراین توصیه می شود اموال به قیمت واقعی بیمه شود تا حق بیمه اضافی پرداخت نگردد .
- ۶- در صورت هرگونه تغییر اعم از افزایش سرمایه ، کاهش سرمایه ، تغییر نشانی و ... مراتب را کتباً در اسرع وقت به اطلاع بیمه گر برسد تا الحاقیه لازم صادر شود
- ۷- در صورت وجود اختلاف در متن بیمه نامه و فرم پیشنهاد ، بیمه نامه حاکمیت خواهد داشت .
- ۸- توجه شود که مسکوکات ، پول، اوراق بهادار، اسناد، فلزات قیمتی به هر شکل، جواهرات، نسخ خطی و همچنین خسارت وارده به مورد بیمه در محدوده آتش سوزی کنترل شده تحت پوشش این بیمه نامه نخواهد بود...
- ۹- توجه پیشنهاد دهنده (بیمه گذار) را به شرایط عمومی بیمه آتش سوزی و خطرات تبعی جلب می نماید.
- ۱۰- در صورت بروز خسارت احتمالی مراتب را کتباً ظرف مدت ۵ روز به شرکت بیمه دانا اعلام نمایید.
- ۱۱- اعتبار این پیشنهاد منوط به موافقت بیمه گر، پرداخت حق بیمه و صدور بیمه نامه می باشد و این پرسشنامه به تنهایی موجب هیچگونه حقی برای پیشنهاد دهنده (بیمه گذار) و یا منشاء هیچگونه تعهدی برای بیمه گر نخواهد بود .

بدین وسیله اعلام و تأیید می نمایم که به کلیه پرسشها و سوالات مندرج در این فرم را با توجه به آگاهی از ماده ۱۲ قانون بیمه (اظهارات خلاف واقع) و رعایت کامل مجموعه قوانین مربوط به پولشویی، با صداقت و حسن نیت جواب داده ام. بدیهی است در صورت اثبات هرگونه اظهار خلاف واقع و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن متوجه اینجانب خواهد بود.

نام و امضاء پیشنهاد دهنده/ بیمه گذار

تاریخ

نام و مهر و امضاء نماینده / کارگزار

تاریخ

مهر و امضاء شعبه

تاریخ