

فرم پیشنهاد بیمه آتش سوزی (آتش سوزی، صاعقه، انفجار)



بیمه گذار محترم: باتوجه به اینکه بیمه نامه براساس اطلاعات مندرج در این فرم پیشنهاد که جزء لاینفک آن و ملاک صدور بیمه نامه می باشد، لطفا با دقت پرسشنامه را تکمیل بفرمایید.

مشخصات بیمه گذار

| | | |
|---|----------------------------|--------------------------------|
| شخص: <input type="checkbox"/> حقیقی <input type="checkbox"/> حقوقی | نام و نام خانوادگی / شرکت: | کد / شناسه ملی: |
| شماره شناسنامه / ثبت: | محل صدور: | تاریخ تولد: (روز / ماه / سال): |
| تلفن ثابت: | تلفن همراه: | نشانی الکترونیک: |
| نشانی (استان / شهر / خیابان / کوچه / پلاک / واحد / طبقه / کد پستی): | | |

مشخصات ذینفع بانکی / غیر بانکی

| | | |
|---|----------------------------|-------------------------------|
| نام بانک: | نام شعبه: | کد شعبه: |
| شخص: <input type="checkbox"/> حقیقی <input type="checkbox"/> حقوقی | نام و نام خانوادگی / شرکت: | کد / شناسه ملی |
| شماره شناسنامه / ثبت: | محل صدور: | تاریخ تولد: (روز / ماه / سال) |
| تلفن ثابت: | تلفن همراه: | نشانی الکترونیک: |
| نشانی (استان / شهر / خیابان / کوچه / پلاک / طبقه / واحد / کد پستی): | | |

مشخصات محل مورد بیمه

| | | |
|---|--------------------------------|---|
| مسکونی <input type="checkbox"/> | صنعتی <input type="checkbox"/> | غیر صنعتی: <input type="checkbox"/> ۱- تجاری <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ۲- خدماتی / اداری <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> انبار: عمومی <input type="checkbox"/> اختصاصی <input type="checkbox"/> |
| نوع مالکیت: دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> شخصی <input type="checkbox"/> استیجاری <input type="checkbox"/> | شرح فعالیت: | تاریخ شروع فعالیت: |
| نشانی (استان / شهر / منطقه / خیابان / کوچه / پلاک / طبقه / واحد): | | |
| کد پستی: | تعداد طبقات: | تعداد واحدها: |
| زیربنای واحد: (متر مربع) | مساحت کل زیربنا: (متر مربع) | مساحت کل زمین: (متر مربع) |
| همجواری های محل مورد بیمه: از سمت شمال: جنوب: غرب: شرق: | | |

اطلاعات تکمیلی

| | | |
|---|--|--|
| نوع سازه: اجری <input type="checkbox"/> اسکلت فلزی <input type="checkbox"/> بتون <input type="checkbox"/> آیین نامه ۲۸۰۰ <input type="checkbox"/> سال ساخت: | | |
| نوع سقف: اجری <input type="checkbox"/> شیروانی <input type="checkbox"/> تیرچه <input type="checkbox"/> سوله <input type="checkbox"/> سایر: | | |
| وضعیت لوله کشی آب: توکار <input type="checkbox"/> روکار <input type="checkbox"/> جنس لوله: | وضعیت سیم کشی: توکار <input type="checkbox"/> روکار <input type="checkbox"/> داخل کانال <input type="checkbox"/> | |
| وضعیت تاسیسات: شوفاز <input type="checkbox"/> فن کوئل <input type="checkbox"/> بخاری <input type="checkbox"/> آسانسور <input type="checkbox"/> منبع سوخت <input type="checkbox"/> منبع آب <input type="checkbox"/> پله برقی <input type="checkbox"/> تجهیزات آتش نشانی <input type="checkbox"/> سایر: | | |
| وسيله گرمایش: وسيله سرمايش: | نوع سوخت مصرفی: گاز <input type="checkbox"/> نفت <input type="checkbox"/> گازوئیل <input type="checkbox"/> سایر: | |
| کپسول اطفاء حریق: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> تعداد: | نوع: | |
| سیستم اطفاء حریق خودکار <input type="checkbox"/> سیستم هشدار دهنده <input type="checkbox"/> سایر: | شبکه آب با شیلنگ: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> سایر: | |
| ۱- آیا بیمه گذار / کارکنان وی با نحوه کاربرد وسائل اطفاء حریق آشنا می باشند؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی | | |
| ۲- آیا نیروی آتش نشانی عمومی می تواند به سهولت به ساختمان شما برسد؟ فاصله تا نزدیکترین ایستگاه آتش نشانی دقیقه کیلومتر | | |
| ۳- آیا کالای آتش زا و خطرناک در محل مورد بیمه نگهداری می شود؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی میزان، محل و نوع آن بیان شود: | | |
| ۴- نوع فعالیت ساختمان های مجاور چگونه است، لطفا شرح دهید: | | |
| ۵- آیا در صورت وقوع حریق در هر یک از ساختمان های مجاور احتمال سرایت حریق به ساختمان شما وجود دارد؟ | | |

در صورتی که مورد بیمه شامل موجودی کالا باشد:

- چه مواقعی از موجودی کالا صورت برداری می شود؟
- آیا موجودی کالا در دفاتر قانونی ثبت می گردد؟
- آخرین تاریخی که از موجودی کالا صورت برداری شده چه موقع بوده است؟
- آیا دفاتر حسابداری در صندوق نسوز و یا محل دیگری نگهداری می شود؟

فرم پیشنهاد بیمه آتش سوزی (آتش سوزی، صاعقه، انفجار)



جدول مشخصات مورد بیمه

بیمه‌گذار محترم: خواهشمند است ارزش اموال خود را بر اساس قیمت واقعی (ارزش روز) اعلام فرمائید، در غیر اینصورت طبق ماده ۱۰ قانون بیمه در صورت بروز خسارت احتمالی به اموال بیمه‌شده، خسارت وارده به تناسب مبلغی که بیمه گردیده با قیمت واقعی مال محاسبه و پرداخت خواهد شد.

| ردیف | شرح سرمایه مورد بیمه | ارزش مورد بیمه (ریال) |
|---|---|-----------------------|
| ۱ | ساختمان و تاسیسات: | |
| ۲ | اثاثیه و لوازم ثابت: | |
| ۳ | تجهیزات: | |
| ۴ | ماشین آلات: | |
| ۵ | موجودی: | |
| ۶ | اثاثیه تحت پوشش سرقت با شکست حرز (ارائه لیست تفکیکی و بازدید الزامی است): | |
| ۷ | شکست شیشه (اعلام ضخامت، تعداد جام و ابعاد الزامی است): | |
| ۸ | ظروف تحت فشار صنعتی: | |
| ۹ | وسیله نقلیه سواری زمینی: | |
| ۱۰ | مسئولیت مالی ناشی از آتش سوزی در قبال همسایگان: | |
| ۱۱ | هزینه پاکسازی (حداکثر تا ۲۰٪ سرمایه بیمه شده): | |
| ۱۲ | سایر: | |
| تذکر: ارائه صورت ریز و ارزش تفکیکی سرمایه‌های مورد بیمه الزامی می‌باشد | | جمع کل |

پوشش‌های تکمیلی مورد درخواست

زلزله و آتشفشان سیل و طغیان آب طوفان و گردباد ترکیدگی لوله‌های آب ضایعات ناشی از باران و برف
 شکست شیشه سرقت با شکست حرز سقوط هواپیما و هلیکوپتر و قطعات منفرجه آن انفجار ظروف تحت فشار صنعتی
 دفرمگی ظروف تحت فشار صنعتی هزینه پاکسازی مسئولیت خسارت مالی ناشی از آتش سوزی در قبال همسایگان
 چنانچه خطرات دیگری بجز موارد اشاره شده فوق مدنظر می‌باشد، اعلام بفرمایید:

مدت بیمه: روز از ساعت ۲۴ مورخ: تا ساعت ۲۴ مورخ:

سوابق بیمه‌ای

(۱) آیا مورد بیمه تاکنون بیمه آتش سوزی داشته است؟ بلی خیر شماره بیمه‌نامه و بیمه‌گر سال قبل: تاریخ شروع: تاریخ انقضاء:
 (۲) آیا مورد بیمه علاوه بر خطرات درخواستی از ناحیه سایر خطرات با تهدید مواجه است؟ (به طور مثال تهدید به اعمال خسارت توسط اشخاص ثالث) بلی خیر
 (۳) آیا بیمه‌گذار در رابطه با فعالیت فعلی یا فعالیت‌های دوره‌های قبیل با خسارت مواجه شده است؟ بلی خیر
 علت خسارت: تاریخ: مبلغ خسارت: ریال

تذکرات

● به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه هرگاه بیمه‌گذار عمداً از اظهار مطالبی خودداری کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات کاذبه طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد عقد بیمه باطل خواهد بود، حتی اگر مراتب مذکور تأثیری در وقوع حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوهی که بیمه‌گذار پرداخته است قابل استرداد نیست بلکه بیمه‌گر حق دارد اقساط بیمه را که تا آن تاریخ عقب افتاده است نیز از بیمه‌گذار مطالبه کند.
 تذکر ۱: این پرسشنامه بدون مهر و امضاء و درج تاریخ از سوی بیمه‌گذار و یا نماینده قانونی ایشان فاقد اعتبار بوده و هیچگونه تعهدی را برای شرکت بیمه تعاون ایجاد نمی‌کند.
 تذکر ۲: این پرسشنامه جزء لاینفک بیمه‌نامه است و به تنهایی هیچگونه تعهدی را برای شرکت بیمه تعاون ایجاد نمی‌نماید.
 ● اینجانب/ این شرکت متقاضی بیمه، با توجه به ماده ۱۰ و ۱۲ قانون بیمه فوق‌الذکر تایید می‌نمایم کلیه مطالب اعلام شده در این فرم صحیح بوده و در صورت هرگونه تغییری، مراتب را بلافاصله به صورت کتبی به شرکت بیمه تعاون اعلام می‌نمایم.
 ● همچنین متعهد می‌شوم بیمه‌نامه، شرایط خصوصی مندرج در آن، شرایط عمومی و شرایط خطرات اضافی را که پیوست و جزء لاینفک بیمه‌نامه می‌باشد را مطالعه و از مفاد آن مطلع هستم و هرگونه ادعایی مبنی بر عدم اطلاع از شرایط مذکور را از خود سلب و ساقط نمایم.

تاییدیه

| بیمه‌گذار | نماینده / کارگزار بیمه / شرکت بیمه |
|--------------------|--|
| تاریخ، مهر و امضاء | نام و نام خانوادگی تاریخ، مهر و امضاء |