

پرسشنامه و پیشنهاد  
بیمه ماشین آلات پیمانکاران (CPM)



نشانی: تهران - خیابان گاندی - خیابان سیزدهم - پلاک ۱۴  
تلفن: ۸۶۷۵۷۰۰۰ دورنویس: ۸۸۶۶۴۵۸۷

(۱)

۱- مشخصات بیمه گذار:					
نام:		کد ملی (بیمه گذار حقیقی) / کد اقتصادی (بیمه گذار حقوقی):		شناسه ملی (بیمه گذار حقوقی):	
آدرس بیمه گذار:		کد پستی:		نوع فعالیت:	
مدت بیمه از ساعت ۲۴ مورخ		تا ساعت ۲۴ مورخ		به مدت می باشد.	
۳- مشخصات مورد بیمه:					
نوع ماشین آلات ساختمانی و راهسازی	سال ساخت	شماره شاسی / شماره موتور	کد اموال	نوع مالکیت	ارزش مورد بیمه (ریال)
۴- آیا ماشین آلات منحصر توسط شرکت مورد استفاده قرار میگیرد و یا اینکه به شرکتهای دیگر کرایه داده می شود؟					
۵- در کدام منطقه ایران از ماشین آلات استفاده می شود؟					
۶- آیا پوشش ترانزیت ماشین آلات از یک منطقه به منطقه دیگر احتیاج است؟					
۷- آیا کسانی که رانندگی ماشین آلات را به عهده دارند دارای گواهینامه و تجربه کافی در امر رانندگی با این نوع ماشین آلات هستند؟ (سابقه کار آنها را مشخص نمایید.)					
۸- آیا هنگامی که از ماشین آلات استفاده نمی کنید آنها را در توقفگاه یا گاراژ نگهداری می کنید؟					

**پرسشنامه و پیشنهاد**  
**بیمه ماشین آلات پیمانکاران (CPM)**



نشانی: تهران - خیابان گاندی - خیابان سیزدهم - پلاک ۱۴  
 تلفن: ۸۶۷۵۷۰۰۰ دورنویس: ۸۸۶۶۴۵۸۷

(۲)

۹- آیا در گذشته و یا در حال حاضر جهت ماشین آلات ساختمانی تامین بیمه ای داشته یا دارید؟ (در صورتی که چنین است نام شرکت بیمه را مرقوم فرمایید).

۱۰- آیا ماشین آلات در گذشته خسارت داشته اند؟ (مشخصات آن را شرح دهید)

۱۱- آیا بیمه مسئولیت مدنی در مقابل اشخاص ثالث نیز مورد درخواست است؟  
 (در صورتی که جواب مثبت باشد حدود غرامت مورد تقاضا را تعیین فرمایید)

حدود غرامت نسبت به هر حادثه یا حوادثی که دارای مشخصه واحد باشد	حدود غرامت در طول دوره بیمه
دیه فوت و نقص عضو و صدمات جسمانی	
هزینه پزشکی	
خسارت مالی	

بدینوسیله اعلام میدارد کلیه اظهارات مندرج در این پرسشنامه مقرون به صحت و منطبق با آخرین اطلاعات بیمه‌گذار می‌باشد و همچنین موافقت دارد که این پرسشنامه اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. بیمه‌گر فقط در چارچوب شرایط و مقررات بیمه‌نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد. بیمه‌گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید. چنانچه بخشی از درخواست های بیمه‌گذار طبق پرسشنامه مورد موافقت بیمه‌گر قرار نگیرد، بیمه‌گر در بیمه‌نامه صادره آن بخش از تعهدات را که پذیرفته است اعلام خواهد نمود لذا در صورت مغایرت بیمه‌گذار می‌بایستی حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ صدور بیمه‌نامه درخواست خود را جهت اصلاح به صورت مکتوب به بیمه‌گر ارائه نماید در غیر اینصورت بیمه‌نامه صادره ملاک عمل قرار گرفته و بیمه‌گذار حق هیچگونه اعتراض نخواهد داشت.

مهر و امضاء بیمه‌گذار:

تاریخ: