

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه تجهیزات الکترونیکی (E.E)

نشانی: تهران، خیابان گاندی، خیابان ۱۳، پلاک ۱۴

تلفن: ۸۶۷۵۷۰۰۰ فکس: ۸۸۶۶۴۵۸۷

ISO ۲۰۰۸-۹۰۰۱

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:	تلفن/موبایل:	

۲. مشخصات مورد بیمه:

نام و نوع تجهیزات	سال ساخت	کارخانه سازنده	شماره سریال	ارزش مورد بیمه (ریال)	نوع استقرار تجهیزات	سایر مشخصات
					<input type="checkbox"/> ثابت <input type="checkbox"/> سیار	
					<input type="checkbox"/> ثابت <input type="checkbox"/> سیار	
					<input type="checkbox"/> ثابت <input type="checkbox"/> سیار	
					<input type="checkbox"/> ثابت <input type="checkbox"/> سیار	

۳. آدرس محل استقرار تجهیزات:

۴. ساختار ساختمان:

فلزی ☐ بنایی ☐ بتن ☐ چوب ☐

۵. آیا در محل نگهداری تجهیزات مورد بیمه وسایل اطفاء حریق و ایمنی وجود دارد؟ ☐ دارد ☐ ندارد
(لطفا شرح مختصری اعلام فرمایید)

۶. آیا کلیه تجهیزات بیمه شده، نو هستند؟ ☐ آری ☐ خیر

چنانچه پاسخ منفی است، کدام اقلام مشخصات دست دوم هستند؟
چه تجهیزاتی از کارهای قبلی قابل استفاده است؟ مشخصات اقلام را اعلام فرمائید.

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه تجهیزات الکترونیکی (E.E)

نشانی: تهران، خیابان گاندی، خیابان ۱۳، پلاک ۱۴

تلفن: ۸۶۷۵۷۰۰۰ فکس: ۸۸۶۶۴۵۸۷

ISO ۲۰۰۸-۹۰۰۱

۷. آیا تجهیزات برطبق دستورات کارخانه سازنده نگهداری میشود؟

آری ☐ خیر ☐

۸. کارائی کارکنان: آیا اپراتورها توسط سازنده آموزش دیده اند؟

آری ☐ خیر ☐

۹. آیا خطر سیل و طغیان آب وجود دارد؟ (در صورت پاسخ مثبت مشخص نمایید)

آری ☐ خیر ☐

۱۰. آیا در مجاورت محل کار از مواد خطرناک استفاده میشود؟ (در صورت پاسخ مثبت مشخص نمایید)

آری ☐ خیر ☐

اسیدها ☐ کاغذهای حساس ☐ قلیاها ☐ حلالهای آزمایشی ☐
موادظهور در عکاسی ☐ مواد منفجره ☐ ایزوتوپها ☐ غیره ☐

۱۱. آیا تجهیزات بیمه شده قبلاً توسط سایر شرکتهای بیمه تحت پوشش بیمه قرار گرفته است؟

آری ☐ خیر ☐

چنانچه پاسخ مثبت است، کدامیک از اقلام مشخص شده و توسط کدامیک از شرکتهای بیمه؟

۱۲. آیا مورد بیمه سابقه خسارت داشته است؟

آری ☐ خیر ☐

نوع و میزان خسارت را اعلام فرمایید:

۱۳. مدت بیمه نامه: از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ به مدت

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 درخواست‌های 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.

امضاء بیمه‌گذار

تاریخ