

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه ماشین آلات و تجهیزات پیمانکاری

۱- نام پیشنهاد دهنده :					شماره اقتصادی / شماره ملی :					
نشانی :					شماره پستی :					
پست الکترونیک :					تلفن :		فاکس :		تلفن همراه :	
۲- مدت بیمه :					از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز					
۳- محدوده جغرافیایی پوشش بیمه :										
۴- مشخصات و ارزش تفکیکی ماشین آلات و تجهیزات پیمانکاری:										
ردیف	نوع ماشین آلات و تجهیزات	سال ساخت	شماره بدنه شماره موتور	شماره سریال مدل	ارزش جایگزینی - ریال (۱)					
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
جمع کل:										
(۱): لطفاً ارزش روز (جایگزینی) هر ماشین بامشین مشابه نو با همان ظرفیت و بعلاوه هزینه حمل، حقوق و عوارض گمرکی و هزینه نصب آن را مشخص نمایید.										
۵- آیا قبلاً بیمه ماشین آلات و تجهیزات پیمانکاری داشته‌اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، برای کدام ردیفهای جدول بالا و نزد کدام شرکت بیمه؟										
۶- آیا ماشین آلات و تجهیزات پیشنهاد شده برای بیمه (تماماً یا قسمتی) اجاره شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً نام و نشانی مالک را ذکر کنید: نام مالک: _____ تلفن: _____ فاکس: _____ نشانی: _____										
۷- آیا ماشین آلات و تجهیزات، در معرض خطرات خاص زیر قرار دارند؟ آتش‌سوزی <input type="checkbox"/> انفجار <input type="checkbox"/> صاعقه <input type="checkbox"/> زلزله <input type="checkbox"/> آتشفشان <input type="checkbox"/> زلزله دریائی <input type="checkbox"/> سیل <input type="checkbox"/> طغیان آب <input type="checkbox"/> کار در زیرزمین <input type="checkbox"/> کار در تونل <input type="checkbox"/> طوفان <input type="checkbox"/> گردباد <input type="checkbox"/> رانش زمین <input type="checkbox"/> واژگونی در آب <input type="checkbox"/> کار در مناطق کوهستانی <input type="checkbox"/> کار در زمین نرم یا باتلاقی <input type="checkbox"/> ریزش کوه <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> (ذکر کنید): _____										
۸- آیا می‌خواهید پوشش بیمه شامل هزینه‌های اضافی برای اضافه کاری، کاردرشب، و کار در ایام تعطیل باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً حد غرامت برای هزینه‌های اضافی را تعیین نمایید.										
۹- آیا می‌خواهید پوشش بیمه شامل حمل زمینی باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، حداکثر ارزش محموله هر وسیله نقلیه را مشخص نمایید.										

نام و مهر و امضای تقاضا کننده :

نماینده / کارگزار بیمه:

تاریخ: