

"صفحه 1 از 3"
1- عنوان تجهیزات:
2- موضوع فعالیت تجهیزات:
3- نام و نشانی بیمه‌گذار (ذکر کد ملی یا کد اقتصادی برای اشخاص حقیقی یا حقوقی ضروری میباشد): تلفن: _____ فکس: _____
4- نشانی محل تجهیزاتی که باید بیمه شوند (آدرس کامل): تلفن: _____ فکس: _____ نوع ساختمان: اسکلت فلزی <input type="checkbox"/> بتنی <input type="checkbox"/> آجری <input type="checkbox"/> چوبی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> (نام ببرید): _____
5- آیا تجهیزات موضوع بیمه قبلاً بیمه بوده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، برای کدام ردیفهای فهرست تجهیزات در صفحه "2" و نزد کدام شرکت بیمه:
6- آیا تمام تجهیزات نو میباشند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر پاسخ منفی است کدامیک از اقلام دست دوم بوده و چند سال از عمر کاری آنها میگذرد:
7- مدت مورد درخواست برای پوشش بیمه‌ای: _____ روز از تاریخ _____ تا تاریخ _____
8- آیا تجهیزات مطابق دستورات سازنده نگهداری می‌شوند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> لطفاً برنامه نگهداری را توضیح دهید:
9- آیا پرسنلی که با تجهیزات مورد بیمه کار می‌کنند توسط سازنده تجهیزات یا مؤسسات دیگر تعلیم دیده‌اند، لطفاً توضیح دهید؟
10- آیا خطر سیل و طغیان آب وجود دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر پاسخ مثبت است به کدام دلیل: حجم آب (دبی) <input type="checkbox"/> بارش سیل آسا <input type="checkbox"/> فاضلاب <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> (لطفاً نام ببرید): _____
11- آیا مواد خطرناک در نزدیکی محل استقرار تجهیزات وجود دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت لطفاً مشخص فرمائید: اسیدها <input type="checkbox"/> بازها <input type="checkbox"/> کاغذهای حساس یا آماده شده <input type="checkbox"/> محلولهای مخصوص آزمایش <input type="checkbox"/> محلولهای ظاهر کننده (شیمی/عکاسی) <input type="checkbox"/> مواد منفجره <input type="checkbox"/> ایزوتوپها <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> (لطفاً نام ببرید): _____

"صفحه 2 از 3"

12- چه امکانات اطفاء حریق در محل استقرار تجهیزات موجود میباشد، لطفاً توضیح دهید؟

13- آیا پرسنل آموزشهای ایمنی و اطفاء حریق را دیده‌اند؟ بلی  خیر

14- چه خطرات خاصی بیشتر، تجهیزات مورد بیمه را تهدید می‌کند؟

15- چه پوششهای اضافی دیگری مورد درخواست میباشد: دزدی  سرقت با شکست حرز  آسیب به نرم‌افزار  هزینه اجاره دستگاههای جایگزین تا راه‌اندازی مجدد  سایر  (لطفاً نام ببرید):

16- آیا تجهیزات مورد درخواست برای پوشش بیمه‌ای پرتابل میباشند؟ بلی  خیر

17- آیا ماشین‌آلات و تجهیزات مورد بیمه تمام یا قسمتی اجاره شده است؟ بلی  خیر  اگر چنین است لطفاً نام آن ماشین‌آلات و نام و آدرس مالکین آنها را ذکر نمایید:

18- آیا تاکنون خسارتی برای موضوع مورد بیمه بوقوع پیوسته است در صورت پاسخ مثبت لطفاً توضیح دهید؟

مشخصات تجهیزات درخواست شده برای بیمه تجهیزات الکترونیک

ردیف	نام تجهیزات به تفکیک (شامل نوع، مدل، سازنده، ظرفیت، شماره سریال)	سال ساخت	مبالغ بیمه شده <sup>1</sup> (واحد پول: )

جمع مبالغ مورد بیمه:

(1) مبلغ مورد بیمه باید شامل ارزش روز جایگزینی اقلام مورد بیمه با اقلام نو از همان نوع و ظرفیت مشتمل بر هزینه حمل، حقوق و عوارض گمرکی و هزینه نصب (در صورت وجود) باشد در غیر این صورت خسارات جزئی به نسبت مبلغ بیمه شده به مبلغ نو پرداخت خواهد شد.

تذکر: "شرکتهای بیمه به استناد قانون مکلف به وصول 1/5% مالیات بر ارزش افزوده و 1/5% عوارض شهرداریها و دهداریها از کلیه بیمه‌گذاران و واریز آن به حساب سازمان امور مالیاتی میباشند. لذا در مجموع 3% به حق بیمه محاسبه شده اضافه میگردد."



"صفحه 3 از 3"

ملاحظات (لطفاً هر توضیح اضافی را که لازم میدانید ذکر فرمائید):

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 چهارچوب شرایط و مقررات بیمه‌نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد. بیمه‌گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

تاریخ: نام و مهر و امضای بیمه‌گذار: