



موسسه ارزیابی خسارت دادگران بیمه خراسان



بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

"صفحه ۱ از ۳"
۱- عنوان تجهیزات:
۲- موضوع فعالیت تجهیزات:
۳- نام و نشانی بیمه‌گذار (ذکر کد ملی یا کد اقتصادی برای اشخاص حقیقی یا حقوقی ضروری می‌باشد): تلفن: _____ فکس: _____
۴- 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): _____
۵- 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 مندرج در جدول و نزد کدام شرکت بیمه:
۶- 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:
۷- مدت مورد درخواست برای پوشش بیمه‌ای: _____ روز از تاریخ _____ تا تاریخ _____
۸- آیا تجهیزات مطابق دستورات سازنده نگهداری می‌شوند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> لطفاً برنامه نگهداری را توضیح دهید:
۹- آیا پرسنلی که با تجهیزات مورد بیمه کار می‌کنند توسط سازنده تجهیزات یا مؤسسات دیگر تعلیم دیده‌اند، لطفاً توضیح دهید؟
۱۰- 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): _____
"صفحه ۲ از ۳"
۱۱- 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:



موسسه ارزیابی خسارت دادگران بیمه خراسان



بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

<p>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"/> (نام ببرید):</p>			
<p>۱۲- چه امکانات اطفای حریق در محل استقرار تجهیزات موجود میباشد، لطفاً توضیح دهید؟</p>			
<p>۱۳- آیا پرسنل آموزشهای ایمنی و اطفای حریق را دیده‌اند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت پاسخ مثبت لطفاً توضیح دهید)</p>			
<p>۱۴- چه خطرات خاصی بیشتر، تجهیزات مورد بیمه را تهدید می‌کند؟</p>			
<p>۱۵- چه پوششهای اضافی دیگری مورد درخواست میباشد: دزدی <input type="checkbox"/> سرقت با شکست حرز <input type="checkbox"/> آسیب به نرم افزار <input type="checkbox"/> هزینه اجاره دستگاههای جایگزین تا راه اندازی مجدد <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> (لطفاً نام ببرید):</p>			
<p>۱۶- آیا تجهیزات مورد درخواست برای پوشش بیمه‌ای پرتابل میباشد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>			
<p>۱۷- آیا ماشین آلات و تجهیزات مورد بیمه تمام یا قسمتی اجاره شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر چنین است لطفاً نام آن ماشین آلات و نام و آدرس مالکین آنها را ذکر نمایید:</p>			
<p>۱۸- آیا تاکنون خسارتی برای موضوع مورد بیمه بوقوع پیوسته است در صورت پاسخ مثبت لطفاً توضیح دهید؟</p>			
<p>"صفحه ۳ از ۳"</p>			
<p>مشخصات تجهیزات درخواست شده برای بیمه تجهیزات الکترونیک</p>			
ردیف	نام تجهیزات به تفکیک (شامل نوع، مدل، سازنده، ظرفیت، شماره سریال)	سال ساخت	مبالغ بیمه شده ^(۱) (واحد پول:)



موسسه ارزیابی خسارت دادگرن بیمه خراسان



بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

جمع مبالغ مورد بیمه:			
<p>(۱) مبلغ مورد بیمه باید شامل ارزش روز جایگزینی ارقام مورد بیمه با ارقام 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.</p>			
<p><u>تذکر:</u> "شرکتهای بیمه به استناد قانون مکلف به وصول ۲/۲٪ مالیات بر ارزش افزوده و ۱/۸٪ عوارض شهرداریها و دهمداریها از کلیه بیمه گذاران و واریز آن به حساب سازمان امور مالیاتی میباشند. لذا در مجموع ۴٪ به حق بیمه محاسبه شده اضافه می گردد."</p>			
<p>ملاحظات (لطفاً هر توضیح اضافی را که لازم میدانید ذکر فرمائید):</p>			
<p>بدینوسیله اعلام می دارد کلیه اظهارات مندرج در این پرسشنامه مقرون به صحت و منطبق با آخرین اطلاعات بیمه گذار می باشد و همچنین موافقت دارد که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. بیمه گر فقط در چهار چوب شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد. بیمه گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.</p>			
نام و مهر و امضای بیمه گذار:		تاریخ:	