

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه ماشین آلات ساختمانی و راهسازی C.P.M

تاریخ:

شماره:

مشخصات بیمه گذار:

نام بیمه گذار:	تاریخ پیشنهاد:
نشانی بیمه گذار:	
نشانی کامل محل مورد بیمه:	
موضوع کار:	

مشخصات مورد بیمه:

شماره شاسی	شماره موتور	شماره سریال	شماره شرکت	مدل دستگاه	نوع دستگاه
ارتفاع (تاور کرین)	تعداد سرنشین	سوخت	رنگ	کشور سازنده	سال ساخت
ارزش دستگاه (ریال)	وسایل هشدار دهنده			طول بازو (تاور کرین)	طول بازو (بیل مکانیکی)

آیا ماشین آلات و تجهیزات در معرض خطرهای خاص زیر قرار دارند؟

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	آتش سوزی و انفجار
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	زلزله ، آتش فشان ، زلزله دریایی
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	سیل و طغیان
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	کار در زیر زمین
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	کار در تونل
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	طوفان و گردباد
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	کار در مناطق کوهستانی و ارتفاعات
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	کار در معدن روباز
		سابقه خسارت در سه سال گذشته :
		مبلغ خسارت :
		محل خسارت :
		علت خسارت :
	تا ساعت ۲۴ روز	مدت بیمه از ساعت ۲۴ روز
		مهارت بکارگیرندگان ماشین آلات و تجهیزات ، تجربه و آموزش :
		تعمیرت و نگهداری :
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۱- آیا قطعات ماشین آلات فوق الذکر از داخل کشور قابل تأمین است ؟
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	۲- آیا تعمیرات ماشین فوق الذکر در داخل کشور قابل اجرا می باشد ؟
		توضیحات :

جدول مشخصات ماشین آلات و تجهیزات پیشنهاد شده برای بیمه

ارزش دستگاه	سال ساخت	شماره شاسی	شرح (شرح کامل و دقیق ماشین آلات و تجهیزات)				
			شماره موتور	شماره کارگاهی یا سریال	نام کارخانه سازنده	نام دستگاه	ردیف

(بدین وسیله اعلام می داریم کلیه اظهارات مندرج در این پیشنهاد و پرسشنامه کامل و مقرون به صحت است و نیز موافقت داریم که این پرسشنامه اساس و مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد . بیمه گر فقط در چارچوب مقررات و شرایط بیمه نامه مسؤولیت دارد . بیمه گذر موظف است هر گونه تغییر در مورد بیمه را که موجب تشدید خطر شود به بیمه گر اطلاع دهد و بیمه گر حق دارد متناسب با این تغییر نرخ بیمه را تعدیل کند.)

امضاء بیمه گذار :

تاریخ :