

۱. نام بیمه گذار:		کد ملی / شناسه ملی / شماره ثبت شرکت:	
تلفن ثابت:		تلفن همراه:	
تاریخ تولد / ثبت:		شماره شناسنامه:	
نشانی:		آدرس پست الکترونیک:	
۲- مدت بیمه:		از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز	
۳- محدوده جغرافیایی پوشش بیمه:			
۴- 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 فهرست ماشین آلات در صفحه دوم و نزد کدام شرکت بیمه؟			
۵- 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:			
تلفن:		دورنگار:	
۶- آیا ماشین آلات و تجهیزات، در معرض خطرات خاص زیر قرار دارند؟			
آتش سوزی <input type="checkbox"/> انفجار <input type="checkbox"/> صاعقه <input type="checkbox"/>		زلزله <input type="checkbox"/> آتشفشان <input type="checkbox"/> زلزله دریائی <input type="checkbox"/>	
کار در زیرزمین <input type="checkbox"/> کار در تونل <input type="checkbox"/>		طوفان <input type="checkbox"/> گردباد <input type="checkbox"/>	
کار در مناطق کوهستانی <input type="checkbox"/>		کار در زمین نرم یا باتلاقی <input type="checkbox"/>	
غیره (ذکر کنید):			
۷- آیا می‌خواهید در صورت بروز خسارت هزینه‌های اضافی برای اضافه کاری، کار در شب و کار در ایام تعطیل تحت پوشش باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً حد غرامت برای هزینه‌های اضافی را تعیین نمایید.			
۸- 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.			
۹- آیا ماشین آلات سابقه خسارتی داشته‌اند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
در صورتی که پاسخ مثبت است لطفاً به اختصار شرح دهید.			
بدینوسیله اعلام می‌دارد کلیه اظهارات مندرج در این پیشنهاد و پرسشنامه کامل و مقرون به صحت است و نیز موافقت دارد که این پرسشنامه اساس و مبنای صدور بیمه‌نامه قرار گیرد. بیمه‌گر فقط در چارچوب مقررات و شرایط بیمه‌نامه مسئولیت دارد. بیمه‌گذار موظف است هرگونه تغییر در مورد بیمه را که موجب تشدید خطر شود به بیمه‌گر اطلاع دهد و بیمه‌گر حق دارد متناسب با این تغییر، نرخ بیمه را تعدیل نماید.			
تاریخ تکمیل:		نام و امضای نماینده / کارگزار بیمه:	
		نام و امضای بیمه گذار:	

