


کد: FO-EN-05-01 صفحه: ۱ از ۲	پرسشنامه بیمه شکست ماشین آلات (M.B)	 بیمه نوین NOVIN INSURANCE
---------------------------------	--	--

۱- موضوع مورد بیمه:		
۲- نام بیمه گذار:	کد ملی / شناسه ملی / شماره ثبت شرکت:	تلفن ثابت:
تاریخ تولد / ثبت:	تلفن همراه:	دورنگار:
نشانی:	شماره شناسنامه:	آدرس پست الکترونیک:
۳- مدت بیمه:	از ساعت ۲۴ روز	تا ساعت ۲۴ روز
۴- نشانی محل تاسیسات:		
نوع فعالیت / محصول تولیدی:		
نام مدیر فنی:		
نزدیکترین ایستگاه راه آهن و فرودگاه:		
۵- آیا ماشین آلات موضوع بیمه قبلاً توسط شرکتهای بیمه تحت پوشش قرار گرفته است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
چنانچه پاسخ مثبت است، برای کدام یک از ردیفهای فهرست ماشین آلات در صفحه دوم پرسشنامه و نزد کدام شرکت بیمه؟		
تاریخ شروع بیمه:	تاریخ پایان بیمه:	
۶- آیا مشخصات ماشین آلات اظهار شده شامل کلیه ماشین آلات مستقر در کارخانه می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
چنانچه پاسخ منفی است، آیا ماشین آلات موضوع بیمه در برگیرنده کلیه ماشین آلات مستقر در یک بخش از کارخانه است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
۷- آیا مایل هستید در صورت بروز خسارت، هزینه های اضافی مانند هزینه حمل سریع، اضافه کاری، کار در شب، کار در ایام تعطیلات رسمی تحت پوشش قرار گیرد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
۸- آیا مایل هستید در صورت بروز خسارت، هزینه های حمل هوایی تحت پوشش قرار گیرد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
۹- آیا ماشین آلات سابقه خسارتی داشته اند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
در صورتی که پاسخ مثبت است لطفاً به اختصار شرح دهید.		
۱۰- هر گونه پوشش اضافه دیگری را که مورد درخواست است شرح دهید؟		
<p>بدینوسیله اعلام می دارد 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 بیمه نامه قرار گیرد. بیمه گر فقط در چارچوب مقررات و شرایط بیمه نامه مسئولیت دارد. بیمه گذار موظف است هرگونه 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 نماید.</p>		
تاریخ تکمیل:	نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:	نام و امضاء بیمه گذار:

بخش یک (ماشین آلات)

ردیف	شرح اقلام مورد بیمه (۱)	سال ساخت	تعداد	ملاحظات (۲)	ارزش جایگزینی (۳)
جمع کل تعهدات بخش یک:					

بخش دو (مسئولیت مدنی در قبال اشخاص ثالث)

حدود غرامت	موارد بیمه
حداکثر تعهد در طول مدت بیمه نامه	حداکثر تعهد هر نفر در هر حادثه
جمع کل تعهدات بخش دو در طول مدت بیمه نامه:	

- (۱) لطفاً شرح کامل و درستی از تمام ماشین آلات شامل نوع، مدل، نام کارخانه سازنده، شماره سریال، ظرفیت، سرعت، بار، وزن، ولتاژ، آمپر، تعداد دور، نوع سوخت، فشار، درجه حرارت و ... را ارائه نمایید.
- (۲) خصوصیات قطعه ای از ماشین آلات مورد بیمه را که ظرف سه سال گذشته خراب یا شکسته شده است و نیاز به تعمیر داشته و یا اینکه در معرض خطر بخصوصی بوده است ارائه نمایید.
- (۳) لطفاً ارزش روز جایگزینی هر ماشین با ماشین مشابه نو با همان ظرفیت و به علاوه هزینه حمل، حقوق و عوارض گمرکی، هزینه نصب، بسته بندی و همچنین ارزش فونداسیون ها را مشخص نمایید.

نام و امضاء بیمه گذار:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

تاریخ تکمیل: