

پیشنهاد بیمه مهندسی - تجهیزات الکترونیک (E.E)



قابل توجه بیمه گذار محترم:

نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما بر اساس اطلاعات مندرج در این برگ

صادر می شود، لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

شرکت بیمه کوثر (سهامی عام)

KIC-۵۰۸-PRF-004/۰۰

مشخصات کارگزاری / نمایندگی

نمایندگی / کارگزاری:

کد:

مشخصات بیمه گذاران

۱. نام بیمه گذار:

کد ملی / شماره ثبت:

تلفن:

شماره اقتصادی:

نشانی:

کد پستی:

۲. نشانی کامل محل نصب تجهیزاتی که باید بیمه شوند: (در صورتی که مورد بیمه در مکانهای متعددی نصب گردیده آدرس کلیه موارد ضمیمه گردد)

تلفن:

فکس:

۳. نوع ساختمان: اسکلت فلزی بتنی آجری چوبی سایر (لطفاً نام ببرید):

۴. موضوع فعالیت تجهیزات:

آیا تجهیزات مورد درخواست برای پوشش بیمه ای پرتابل می باشند؟ بلی خیر

۵. آیا قبلاً بیمه نامه ای در این خصوص صادر شده است؟ نام شرکت بیمه و مشخصات بیمه نامه را قید فرمائید.

۶. آیا تمام تجهیزات نو می باشد؟ بلی خیر

چنانچه پاسخ منفی است کدامیک اقلام دست دوم هستند (شرح اقلام را اعلام نمائید)

۷. آیا تجهیزات دارای ضمانتنامه و گارانتی می باشد؟ بلی خیر

چنانچه پاسخ مثبت است تصویر ضمانتنامه را ارسال نمائید

۸. آیا تجهیزات مطابق دستورات سازنده نگهداری می شود؟ بلی خیر

(لطفاً برنامه نگهداری را توضیح دهید)

۹. آیا پرسنلی که با تجهیزات مورد بیمه کار می کنند توسط سازنده تجهیزات یا مؤسسات دیگر تعلیم دیده اند؟

پیشنهاد بیمه مهندسی - تجهیزات الکترونیک (E.E)



قابل توجه بیمه گذار محترم:

نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما بر اساس اطلاعات مندرج در این برگ

صادر می شود، لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

شرکت بیمه کوثر (سهامی عام)

KIC-۵۰۸-PRF-004/۰۰

۱۰. آیا خطر سیل و طغیان آب وجود دارد: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر اگر پاسخ مثبت است به کدام دلیل: حجم آب <input type="checkbox"/> بارش سیل آسا <input type="checkbox"/> فاضلاب <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> (لطفاً نام ببرید):
۱۱. آیا پرسنل آموزشهای لازم ایمنی و اطفای حریق دیده اند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۱۲. آیا مواد خطرناک در نزدیکی محل استقرار تجهیزات وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر 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):
۱۳. چه امکانات اطفای حریق در محل استقرار تجهیزات موجود است لطفاً توضیح دهید:
۱۴. چه خطرات خاصی تجهیزات مورد بیمه را تهدید می کند؟
۱۵. چه پوششهای اضافی دیگری مورد درخواست میباشد: 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):
۱۶. آیا موضوع بیمه تاکنون دارای پوشش بیمه ای بوده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر در صورت مثبت بودن پاسخ نزد کدام شرکت؟
۱۷. آیا تاکنون خسارتی برای موضوع مورد بیمه به وقوع پیوسته است در صورت مثبت پاسخ لطفاً توضیح دهید؟
۱۸. اقدامات ایمنی و احتیاطی انجام شده در جهت کاهش خطر:
۱۹. مدت بیمه: از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز

مشخصات تجهیزات الکترونیک مورد بیمه را در جدول پیوست (صفحه ۳) مرقوم فرمائید.

بدین وسیله اعلام میدارد کلیه اظهارات مندرج در این پیشنهاد و 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 چارچوب مقررات و شرایط بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد. بیمه گذار 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 به آن نرخ و شرایط بیمه را تغییر دهد.

نام و مهر و امضای بیمه گذار

تاریخ: