بیمه کارآفرین

# پرسشنامه و پیشنهاد بیمه تجهیزات الکترونیک

| |
|---|
| ۱- عنوان تجهیزات : |
| ۲- موضوع فعالیت تجهیزات : |
| ۳- نام و نشانی بیمه گذار : تلفن : دورنویس : |
| ۴- نشانی محل تجهیزاتی که باید بیمه شوند (آدرس کامل):<br>تلفن: فکس:<br>نوع ساختمان: اسکلت فلزی ☐ بتنی ☐ آجری ☐ چوبی ☐ سایر ☐ (نام ببرید): |
| ۵- آیا تجهیزات موضوع بیمه قبلاً بیمه بوده است ؟ بلی ☐ خیر ☐<br>درصورت مثبت بودن پاسخ، برای کدام ردیفهای فهرست تجهیزات در صفحه (۲) و نزد کدام شرکت بیمه: |
| ۶- آیا تمامی تجهیزات نو می باشند ؟ بلی ☐ خیر ☐<br>اگر پاسخ منفی است ، کدامیک از اقلام دست دوم بوده و چند سال از عمر کاری آنها میگذرد: |
| ۷- جه تجهیزاتی خارج از کارگاه وجود دارد، لطفاً شرح اقلام را اعلام نمائید ؟ |
| ۸- آیا تجهیزات مطابق دستورات سازنده نگهداری می شوند ؟ بلی ☐ خیر ☐<br>لطفاً برنامه نگهداری را توضیح دهید : |
| ۹- آیا پرسنلی که با تجهیزات مورد بیمه کار می کنند توسط سازنده تجهیزات یا موسسات دیگر تعلیم دیده اند، لطفاً توضیح دهید ؟ |
| ۱۰- آیا خطر سیل و طغیان آب وجود دارد ؟ بلی ☐ خیر ☐ اگر پاسخ مثبت است به کدام دلیل:<br>حجم آب (دبی) ☐ بارش سیل آسا ☐ فاضلاب ☐ سایر ☐ (لطفاً نام ببرید) : |

۱۱- آیا مواد خطرناک در نزدیکی محل استقرار تجهیزات وجود دارد ؟ بلی ☐ خیر ☐

در صورت پاسخ مثبت لطفاً مشخص نمائید .

اسیدها ☐ بازها ☐ کاغذهای حساس یا آماده شده ☐ محلولهای مخصوص آزمایش ☐

محلولهای ظاهر کننده (شیمی/ عکاسی) ☐ مواد منفجره ☐ ایزتوپها ☐ سایر ☐ (لطفاً نام ببرید):

۱۲- چه امکانات اطفاء حریقی در محل استقرار تجهیزات موجود میباشد، لطفاً توضیح دهید؟

۱۳- آیا پرسنل آموزشهای ایمنی و اطفاء حریق را دیده اند؟ بلی ☐ خیر ☐

۱۴- چه خطرات خاصی بیشتر، تجهیزات مورد بیمه را تهدید می کند؟

۱۵- چه پوششهای اضافی دیگری مورد درخواست می باشد: دزدی ☐ سرقت با شکست حرز ☐ آسیب به نرم افزار ☐ هزینه اجاره دستگاههای جایگزین تا راه اندازی مجدد ☐ سایر ☐ (لطفاً نام ببرید):

۱۶- آیا تجهیزات مورد درخواست برای پوشش بیمه ای پرتابل می باشد؟ بلی ☐ خیر ☐

۱۷- آیا تا کنون خسارتی برای موضوع مورد بیمه بوقوع پیوسته است در صورت پاسخ مثبت لطفاً توضیح دهید؟

مشخصات تجهیزات درخواست شده برای بیمه تجهیزات الکترونیک به تفکیک

| ردیف | عنوان اقلام (نوع، مدل، سازنده، ظرفیت، شماره سریال) | سال ساخت | تعداد | مبالغ بیمه شده |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | جمع مبالغ مورد بیمه : | |

(۱) مبلغ مورد بیمه باید شامل ارزش روز جایگزینی اقلام مورد بیمه با اقلام نو از همان نوع و ظرفیت مشتمل بر هزینه حمل، حقوق و عوارض گمرکی و هزینه نصب (در صورت وجود) باشد در غیر اینصورت خسارات جزئی به نسبت مبلغ بیمه شده به مبلغ نو پرداخت خواهد شد.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.

**تاریخ :** **امضاء پیشنهاد دهنده** :