

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- نشانی محل استقرار تجهیزاتی که باید بیمه شوند (آدرس ساختمانی و طبقه):	
نوع ساختمان: اسکلت فلزی <input type="checkbox"/> بتنی <input type="checkbox"/> آجری <input type="checkbox"/> چوبی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> (نام ببرید):	
۴- آیا تجهیزات موضوع بیمه قبلاً توسط شرکتهای بیمه تحت پوشش قرار گرفته است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> چنانچه پاسخ مثبت است، برای کدام یک از ردیفهای فهرست تجهیزات در صفحه دوم پرسشنامه و نزد کدام شرکت بیمه؟	
تاریخ شروع بیمه:	تاریخ پایان بیمه:
۵- آیا تمام تجهیزات نو می باشند؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> چنانچه پاسخ منفی است، کدامیک از اقلام دست دوم هستند (شرح اقلام را اعلام نمایید)	
۶- چه تجهیزاتی خارج از کارگاه وجود دارد؟ (شرح اقلام را اعلام نمایید):	
۷- آیا تجهیزات مطابق دستورات سازنده نگهداری می شوند؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>	
۸- آیا پرسنلی که با تجهیزات مورد بیمه کار می کنند توسط سازنده تجهیزات یا موسسات دیگر تعلیم دیده اند؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	
۹- آیا تجهیزات مورد بیمه سابقه خسارتی داشته اند؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی در صورتی که پاسخ مثبت است لطفاً به اختصار شرح دهید.	
۱۰- آیا خطر سیل و طغیان آب وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی اگر پاسخ مثبت است به کدام دلیل: حجم آب (دبی) <input type="checkbox"/> بارش سیل آسا <input type="checkbox"/> فاضلاب <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> (نام ببرید):	
۱۱- آیا مواد خطرناک در نزدیکی محل استقرار تجهیزات وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی اگر پاسخ مثبت است نوع آن را مشخص نمایید: 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"/> (نام ببرید):	
۱۲- چه خطرات خاصی بیشتر تجهیزات مورد بیمه را تهدید می کند؟	
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.	
تاریخ تکمیل:	نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:
	نام و امضاء بیمه گذار:

