



پرسشنامه بیمه شکست ماشین آلات (M.B)

"صفحه ۱ از ۲"

۱- موضوع مورد بیمه:

۲- نام بیمه‌گذار:

نشانی بیمه‌گذار:

تلفن: فکس:

نشانی محل تأسیسات:

تلفن: فکس:

نام مدیر کارخانه:

نام مدیر فنی:

نام نزدیکترین ایستگاه راه‌آهن یا فرودگاه به محل کار:

۳- آیا ماشین‌آلات موضوع بیمه در زمان نصب بیمه بوده است؟ بلی  خیر   
در صورت مثبت بودن پاسخ، برای کدام ردیف‌های فهرست ماشین‌آلات در صفحه "۲" و نزد کدام شرکت بیمه:

۴- آیا مشخصات ماشین‌آلات اظهار شده شامل کلیه ماشین‌آلات مستقر در کارخانه می‌باشد؟ بلی   
خیر

چنانچه پاسخ منفی است، آیا ماشین‌آلات موضوع بیمه دربرگیرنده کلیه ماشین‌آلات مستقر در یک بخش از کارخانه است؟ بلی  خیر  (لطفاً توضیح دهید):

۵- آیا مایل هستید در صورت بروز خسارت، هزینه‌های اضافی مانند هزینه حمل سریع، اضافه‌کاری، کار در شب و کار در ایام تعطیلات رسمی تحت پوشش قرار گیرد؟ بلی  خیر  هزینه حمل هوایی؟ بلی  خیر

۶- آیا ماشین‌آلات مورد تقاضا برای پوشش بیمه‌ای نو می‌باشد؟ بلی  خیر   
در صورت پاسخ منفی چند سال از عمر کاری این ماشین‌آلات می‌گذرد:

۷- چه پوشش‌های اضافی دیگری مورد درخواست می‌باشد؟ آتشسوزی  سرقت با شکست حرز   
اموال مجاور  ارزش اموال مجاور (ریال):  
اشخاص ثالث  (لطفاً در زیر مقادیر آن را تعیین نمایید):  
غرامت جانی برای هر نفر (ریال):  
غرامت جانی برای چند نفر (ریال):  
غرامت مالی (ریال):

پوشش خطر بدنه با حمل و نقل (شامل سیل، زلزله، نشست و رانش زمین، سرقت و آتشسوزی)   
پوشش خطر بدنه باستثناء حمل و نقل (شامل سیل، زلزله، نشست و رانش زمین، سرقت و آتشسوزی)   
سایر  (لطفاً نام ببرید):

۸- در صورتیکه ماشین‌آلات سابقه خسارتی داشته‌اند لطفاً به اختصار شرح دهید:

لطفاً مشخصات و ارزش ماشین‌آلات مورد تقاضا برای پوشش بیمه‌ای را در جدول صفحه "۲" ذکر نمایید:



پرسشنامه بیمه شکست ماشین آلات (M.B)

"صفحه ۲ از ۲"

مشخصات ماشین آلات درخواست شده برای بیمه شکست ماشین آلات

ردیف	موارد بیمه شده به تفکیک (شامل نام، مدل، سازنده، ظرفیت، شماره سریال)	سال ساخت	مبالغ بیمه شده <sup>۱</sup> (واحد پول: )

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 این صورت خسارات جزئی به نسبت مبلغ بیمه شده به مبلغ نو پرداخت خواهد شد.

ملاحظات:

بدینوسیله اعلام می‌دارد کلیه اظهارات مندرج در این پرسشنامه مقرون به صحت و منطبق با آخرین اطلاعات بیمه‌گذار می‌باشد و همچنین موافقت دارد که این پرسشنامه اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. بیمه‌گر فقط در چهارچوب شرایط و مقررات بیمه‌نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد. بیمه‌گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

تاریخ:

نام و مهر و امضای بیمه‌گذار: