



فرم پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه آتش سوزی

کد مدرک: FO-FI-11/00

شماره:

تاریخ:

بیمه گذار محترم؛ نظر به اینکه بیمه نامه بر اساس اطلاعات مندرج در این پیشنهاد تنظیم می گردد، لطفاً به کلیه سئوالات پشت و رو پرسشنامه پاسخ دقیق ارائه فرمائید.

نام بیمه گذار:	کد ملی:	کد پستی:
نشانی بیمه گذار: شهر	تلفن:	فکس:
نشانی محل مورد بیمه: شهر	تلفن:	فکس:
نام ذینفع:	آدرس:	تلفن:
نشانی ذینفع: شهر	تلفن:	فکس:
موضوع فعالیت مورد بیمه:	سال شروع فعالیت:	
شرح مختصری از روند فعالیت و مواد اولیه مصرفی:		
مدت بیمه نامه:	از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز	
نوع سازه (اسکلت) و زیر بنای ساختمان محل مورد بیمه: (لطفاً در جدول زیر مشخص گردد)		
<input type="checkbox"/> اسکلت فلزی	<input type="checkbox"/> سوله	<input type="checkbox"/> آجری
<input type="checkbox"/> بتون آرمه	<input type="checkbox"/> آئین نامه ۲۸۰۰ شهرسازی	<input type="checkbox"/> بلوک سیمانی
<input type="checkbox"/> نوع سقف:	سال ساخت:	فضای باز:
<input type="checkbox"/>	مترائز زیر بناء:	سایر مصالح:

خطرات اصلی تحت پوشش این بیمه نامه آتش سوزی، انفجار و صاعقه می باشد لطفاً پوشش اضافی مورد درخواست خود را در جدول زیر با علامت (x) مشخص نمایید.

<input type="checkbox"/> زلزله و آتشفشان	<input type="checkbox"/> انفجار ظروف تحت فشار صنعتی	<input type="checkbox"/> خودسوزی انبار تفاله خشک کارخانجات قند
<input type="checkbox"/> سیل و طغیان آب دریا و رودخانه	<input type="checkbox"/> دفرمه شدن ظروف تحت فشار صنعتی	<input type="checkbox"/> رانش و ریزش و فروکش (بر اثر نشست طبیعی زمین)
<input type="checkbox"/> طوفان و گردباد و تندباد	<input type="checkbox"/> نشست گاز آمونیاک در سردخانه	<input type="checkbox"/> ریزش بدنه چاه آب و فاضلاب (واحدهای مسکونی و غیر صنعتی)
<input type="checkbox"/> ضایعات ناشی از ترکیب لوله آب و فاضلاب	<input type="checkbox"/> برخورد اجسام خارجی (به استثناء سقوط بهمین)	<input type="checkbox"/> (با حداکثر سقف تمهید به مبلغ ریال)
<input type="checkbox"/> ضایعات ناشی از آب باران و ذوب برف و تگرگ	<input type="checkbox"/> برخورد قطعات منفصله از خودرو	<input type="checkbox"/> ریزش ساختمان بر اثر فروکش کردن دیواره چاه (واحدهای مسکونی و غیر صنعتی)
<input type="checkbox"/> خسارات ناشی از سنگینی برف	<input type="checkbox"/> سقوط بهمین	<input type="checkbox"/> خسارات ناشی از ریزش مسیر و تونل قنوت و چاههای زیرزمینی برای واحدهای مسکونی و غیر صنعتی)
<input type="checkbox"/> سقوط هواپیما و هلیکوپتر و قطعات منفصله آن	<input type="checkbox"/> شکست شیشه و آئینه	<input type="checkbox"/> آشوب، بلوا، اعتصاب، قیام، اغتشاش داخلی و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی (SRCC)
<input type="checkbox"/> ریزش مواد مذاب در صنایع ذوب و ریخته گری	<input type="checkbox"/> سرقت با شکست حرز اثاثیه و اموال	

بیمه گذار محترم چنانچه خطرات دیگری به جز موارد اشاره شده در فوق مدنظر می باشد، لطفاً اعلام فرمائید.

جدول زیر تکمیل گردیده و در صورت امکان لیست ریز ارقام مورد بیمه را ضمیمه فرمائید.

ردیف	عنوان	ارزش مورد بیمه
۱	ساختمان: با شرایط جایگزینی <input type="checkbox"/> بدون شرایط جایگزینی <input type="checkbox"/>	
۲	تأسیسات ساختمانی: با شرایط جایگزینی <input type="checkbox"/> بدون شرایط جایگزینی <input type="checkbox"/>	
۳	ماشین آلات و تأسیسات مربوطه: با شرایط جایگزینی <input type="checkbox"/> بدون شرایط جایگزینی <input type="checkbox"/>	
۴	موجودی (مواد اولیه، کالای در جریان ساخت و ساخته شده) با شرایط شناور <input type="checkbox"/> بدون شرایط شناور <input type="checkbox"/>	
۵	اثاثیه و دکوراسیون و محتویات	
۶	ظروف تحت فشار صنعتی: با شرایط جایگزینی <input type="checkbox"/> بدون شرایط جایگزینی <input type="checkbox"/>	
۷	اثاثیه و اموال تحت پوشش بیمه سرقت (با ارائه لیست)	
۸	شکست شیشه و آئینه (با ارائه لیست)	
۹	هزینه پاکسازی (حداکثر تا ۲۰٪ مبلغ دارائیهای فوق قابل بیمه شدن می باشد)	
۱۰	سایر موارد (نام برده شود)	

جمع سرمایه بیمه به حروف:

در صورت قابل تفکیک بودن واحدهای مستقر در محل از یکدیگر (دارای فاصله) گروهی همراه با تعیین فواصل ساختمان ها و تأسیسات پیوست گردد و ارزش ساختمان ها - تأسیسات و ... هر واحد به تفکیک اعلام فرمائید.

توجه:

* ارزشهای اعلام شده بر مبنای کدامیک از موارد می باشد: ارزش دفتری ارزش روز پس از کسر استهلاک ارزش جایگزینی به قیمت نو

* در صورت درخواست بیمه نامه با شرایط جایگزینی ارزش نو (بدون استهلاک) دارائیها اعلام گردند.

ماده ۱۰ قانون بیمه: در صورتی که مال به کمتر از قیمت واقعی بیمه شده باشد، بیمه گر فقط به تناسب مبلغی که بیمه کرده است با قیمت واقعی مال مسئول خسارت خواهد بود.

نام نماینده: کد نماینده:

مهر و امضاء نماینده: امضاء بیمه گذار

تاریخ تنظیم پیشنهاد:

سایر اطلاعات :

در مجاورت محل مورد بیمه چه نوع فعالیتهایی صورت می‌گیرد؟ مختصراً شرح داده شود :
چه خطراتی بیشتر مورد بیمه را تهدید می‌کند؟ آتش سوزی <input type="checkbox"/> انفجار <input type="checkbox"/> سیل <input type="checkbox"/> زلزله <input type="checkbox"/> طوفان <input type="checkbox"/> سایر خطرات <input type="checkbox"/>
در صورت نگهداری کالاهای آتش‌زا در محل مورد بیمه نوع و مقدار آن را اعلام فرمائید :
نحوه ثبت موجودیها : آیا موجودیهای در گردش ثبت می‌شوند؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> دستی <input type="checkbox"/> مکانیزه (کامپیوتری) <input type="checkbox"/> محل نگهداری اسناد و مدارک ثبت شده؟
نوع سیم کشی و یا کابل کشی ساختمان و یا ساختمان های محل را مشخص فرمائید : (توکار) <input type="checkbox"/> روکار از داخل لوله فلزی <input type="checkbox"/> روکار از داخل لوله یا حفاظ پلاستیکی <input type="checkbox"/> روکار بدون عبور از داخل لوله یا حفاظ <input type="checkbox"/> : کابل <input type="checkbox"/> سیم معمولی <input type="checkbox"/> (
نوع روشنایی : سقفی <input type="checkbox"/> دیواری <input type="checkbox"/> لامپ فلورسنت (مهتابی) <input type="checkbox"/> لامپ معمولی (تنگستن) <input type="checkbox"/> لامپهای کم‌مصرف <input type="checkbox"/> لامپ گازی <input type="checkbox"/> پرژکتور <input type="checkbox"/>
آب مصرفی محل از چه طریقی تأمین می‌شود؟ لوله کشی آب شهری <input type="checkbox"/> چاه <input type="checkbox"/> رودخانه <input type="checkbox"/> منابع ذخیره : هوایی <input type="checkbox"/> زمینی <input type="checkbox"/> زیرزمینی <input type="checkbox"/>
محل استقرار کتور اصلی : <input type="checkbox"/> محل استقرار تابلوی اصلی برق : <input type="checkbox"/> نوع فیوزها : دستی <input type="checkbox"/> اتوماتیک <input type="checkbox"/>
محل دارای سیستم ارتینگ (اتصال زمین) می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> محل دارای سیستم برق گیر (صاعقه گیر) می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> چه قسمتهائی مجهز به آن می‌باشند؟
وسیله گرمایش محل مورد بیمه : شوفاژ <input type="checkbox"/> یونیت هیتر <input type="checkbox"/> تهویه مرکزی <input type="checkbox"/> بخاری <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> از هیچ وسیله گرمایشی استفاده نمی‌شود <input type="checkbox"/> نوع سوخت : نفت <input type="checkbox"/> گازوئیل <input type="checkbox"/> گاز <input type="checkbox"/> سایر مواد <input type="checkbox"/>
آیا محل دارای نگهبان <input type="checkbox"/> سرایدار <input type="checkbox"/> می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> چه ساعتی از شبانه روز؟
آیا محل مورد بیمه مجهز به سیستم اعلام حریق دستی (PUSH BOTTOM) می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> آیا محل مورد بیمه مجهز به سیستم اعلام حریق اتوماتیک (DETECTOR) می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>
آیا محل مورد بیمه مجهز به تجهیزات زیر می‌باشد؟ ۱. کپسول آتش نشانی : <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> تعداد و نوع آنها بیان شود: ۲. قرقره شیلنگ آب : <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> ۳. شیرهای آتش نشانی در محوطه : <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> ۴. سایر خاموش کننده‌های دستی نام برده شود :
آیا محل مورد بیمه مجهز به سیستم اطفاء حریق اتوماتیک SPERINKLER می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> در چه قسمتهای سیستم مذکور نصب می‌باشد؟ بیان شود.
نزدیکترین مرکز آتش نشانی به محل مورد بیمه را از نظر زمانی و فاصله اعلام فرمائید؟
چنانچه در طی حداقل ۳ سال گذشته آتش سوزی و یا انفجار و یا سایر حوادث در محل مورد بیمه اتفاق افتاده است که منجر به ایجاد خسارت گردیده ، به طور مختصر نام برده شوند : میزان خسارت تقریبی : آیا در زمان حادثه بیمه نامه معتبر داشته اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نزد کدام یک از شرکت های بیمه :
کدام یک از گواهی نامه های استاندارد داخلی و یا بین المللی در رابطه با نوع فعالیت و یا محصولات تولیدی و ایمنی محل و ... اخذ گردیده است . نام برده شوند : در صورت امکان یک نسخه از گواهی مذکور را ضمیمه برگ پیشنهاد فرمائید.

اعتبار این پیشنهاد منوط به صدور بیمه نامه می‌باشد و این ورقه به تنهایی هیچ گونه حقی برای بیمه گذار و یا منشاء هیچ گونه تعهدی برای بیمه گر نخواهد بود مگر آنکه توافقی دیگری بین بیمه گر و بیمه گذار کتباً بعمل آمده باشد و هم چنین در صورت وجود اختلاف در متن بیمه نامه و مفاد پیشنهاد ، بیمه نامه حاکمیت خواهد داشت . ضمناً با امضاء این پرسشنامه و پیشنهاد گواهی می‌نمایم که اطلاعات فوق و صورتهای ضمیمه اساس قرارداد بیمه بوده و جزء لاینفک بیمه نامه صادره تلقی می‌گردد .

امضاء بیمه گذار :

مهر و امضاء نماینده :

تاریخ :