



قابل توجه بیمه گذار محترم :

نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما بر اساس اطلاعات مندرج در پیشنهاد صادر می گردد ، لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایند

1- نام پیشنهاد دهنده :		
2- نشانی :		
تلفن :		
فاکس :		
شماره ملی / ثبت شرکت :	تاریخ تولد / ثبت :	شماره شناسنامه :
3- مدت بیمه :	از ساعت 24 روز	تا ساعت 24 روز
4- محدوده جغرافیایی پوشش بیمه :		
5- آیا قبلاً بیمه ماشین آلات و تجهیزات پیمانکاری داشته اید ؟ <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، برای کدام ردیفهای فهرست ماشین آلات در پشت صفحه و نزد کدام شرکت بیمه؟		
6- آیا ماشین آلات و تجهیزات پیشنهاد شده برای بیمه (تماماً یا قسمتی) اجاره شده است ؟ <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً نام و نشانی مالک را ذکر کنید:		
تلفن :		
فاکس :		
7- آیا ماشین آلات و تجهیزات، در معرض خطرات خاص زیر قرار دارند؟		
آتش سوزی <input type="radio"/> انفجار <input type="radio"/> صاعقه <input type="radio"/>	زلزله <input type="radio"/> آتشفشان <input type="radio"/> زلزله دریائی <input type="radio"/>	سیل <input type="radio"/> طغیان آب <input type="radio"/>
کار در زیرزمین <input type="radio"/> کار در تونل <input type="radio"/>	طوفان <input type="radio"/> گردباد <input type="radio"/>	رانش زمین <input type="radio"/> واژگونی در آب <input type="radio"/>
کار در مناطق کوهستانی <input type="radio"/>	کار در زمین نرم یا باتلاقی <input type="radio"/>	ریزش کوه <input type="radio"/>
غیره (ذکر کنید) :		
8- آیا می خواهید پوشش بیمه شامل هزینه های اضافی برای اضافه کاری ، کاردرشب ، و کار درایام تعطیل باشد؟ <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً حد غرامت برای هزینه های اضافی را تعیین نمایید.		
9- آیا می خواهید پوشش بیمه شامل حمل زمینی باشد ؟ <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، حداکثر ارزش محموله هر وسیله نقلیه را مشخص نمایید.		
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 پیشنهاد دهنده:
« لطفاً جدول پشت برگه را نیز تکمیل نمایید. »		

