



پرسشنامه بیمه تجهیزات الکترونیک

کد سند: 08FM06

شماره بازنگری: 00

"صفحه ۱ از ۲"

۱- عنوان تجهیزات:

۲- موضوع فعالیت تجهیزات:

۳- نام و نشانی بیمه‌گذار:

تلفن: فکس:

۴- نشانی محل تجهیزاتی که باید بیمه شوند (آدرس کامل):

تلفن: فکس:
نوع ساختمان: اسکلت فلزی بتنی آجری چوبی سایر (نام ببرید):

۵- آیا تجهیزات موضوع بیمه قبلاً بیمه بوده است؟ بلی خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ، برای کدام ردیف‌های فهرست تجهیزات در صفحه "۲" و نزد کدام شرکت بیمه:

۶- آیا تمام تجهیزات نو میباشند؟ بلی خیر
اگر پاسخ منفی است کدامیک از اقلام دست دوم بوده و چند سال از عمر کاری آنها میگذرد:

۷- چه تجهیزاتی خارج از کارگاه وجود دارد، لطفاً شرح اقلام را اعلام نمایید؟

۸- آیا تجهیزات مطابق دستورات سازنده نگهداری می‌شوند؟ بلی خیر
لطفاً برنامه نگهداری را توضیح دهید:

۹- آیا پرسنلی که با تجهیزات مورد بیمه کار می‌کنند توسط سازنده تجهیزات یا مؤسسات دیگر تعلیم دیده‌اند، لطفاً توضیح دهید؟

۱۰- آیا خطر سیل و طغیان آب وجود دارد؟ بلی خیر اگر پاسخ مثبت است به کدام دلیل:
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 فرمائید:
اسیدها بازها کاغذهای حساس یا آماده شده محلولهای مخصوص آزمایش
محلولهای ظاهر کننده (شیمی/عکاسی) مواد منفجره ایزوتوپها سایر (لطفاً نام ببرید):



پرسشنامه بیمه تجهیزات الکترونیک

کد سند: 08FM06

شماره بازنگری: 00

"صفحه ۲ از ۲"

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

۱۳- آیا پرسنل آموزشهای ایمنی و اطفاء حریق را دیده‌اند؟ بلی خیر

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

۱۵- چه پوششهای اضافی دیگری مورد درخواست میباشد: دزدی سرقت با شکست حرز آسیب به نرم‌افزار هزینه اجاره دستگاههای جایگزین تا راه‌اندازی مجدد سایر (لطفاً نام ببرید):

۱۶- آیا تجهیزات مورد درخواست برای پوشش بیمه‌ای پرتابل میباشد؟ بلی خیر

۱۷- آیا تاکنون 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 (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.

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.

نام و مهر و امضای بیمه‌گذار:

تاریخ: