

۱- نام و نشانی پیشنهاد دهنده (ذکر کد ملی یا کد اقتصادی برای اشخاص حقیقی یا حقوقی ضروری می باشد):

تلفن:                      نمابر:

۲- نوع کاری که ماشین‌آلات و تجهیزات در آن فعالیت می کنند:

۳- مدت مورد درخواست برای پوشش بیمه ای:                      روز از تاریخ                      تا تاریخ

۴- آدرس محدوده جغرافیائی فعالیت ماشین‌آلات:

تلفن:                      نمابر:

۵- آیا قبلاً بیمه ماشین‌آلات و تجهیزات پیمانکاران داشته‌اید؟                       بلی                       خیر  
در صورت مثبت بودن پاسخ، برای کدام ردیف‌های فهرست ماشین‌آلات مندرج در جدول و نزد کدام شرکت بیمه:

۶- آیا تمام یا بخشی از ماشین‌آلات و تجهیزات پیشنهادی را کرایه کرده‌اید؟                       بلی                       خیر  
در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً لیست ماشین‌آلات مذکور به انضمام نام و آدرس مالکین آنها را ارائه نمایید:

۷- چه پوشش‌های اضافی دیگری مورد درخواست می باشد؟

حمل داخلی

پوشش ماشین‌آلاتی که در زیرزمین کار می کنند

پوشش ماشین‌آلاتی که روی شناور نصب شده اند

اموال مجاور (فقط در محل فعالیت ماشین‌آلات)  ارزش اموال مجاور (ریال):

گرامت جانی اشخاص ثالث برای هر نفر (فقط در محل فعالیت ماشین‌آلات) (ریال):

گرامت جانی اشخاص ثالث در طول مدت بیمه (فقط در محل فعالیت ماشین‌آلات) (ریال):

خسارت مالی وارد به اشخاص ثالث (فقط در محل فعالیت ماشین‌آلات) (ریال):

در هر حادثه:                      در طول مدت بیمه:

سایر  (لطفاً نام ببرید):

تذکر: خطرات تحت پوشش این بیمه‌نامه با منشأ بیرونی می باشد و تأکید می گردد خسارت‌های شکست مکانیکی قطعات داخلی در حین انجام کار و خرابی در این بیمه‌نامه پوشش ندارد.

۸- آیا ماشین‌آلات مندرج در جدول قبلاً خسارتی داشته‌اند؟                       بلی                       خیر

(در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید)

۹- مشخصات ماشین آلات و تجهیزات پیشنهاد شده برای بیمه ماشین آلات پیمانکاران

ردیف	نام ماشین آلات به تفکیک (شامل نوع، مدل، رنگ، 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 (لطفاً هر توضیح اضافی را که لازم می دانید ذکر فرمائید):

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.

در صورتیکه پرسشنامه توسط نماینده بیمه گر تکمیل شده باشد، نماینده مذکور مکلف است متن ذیل را به دقت مورد مطالعه قرار داده و امضاء نماید.

بدینوسیله اعلام می‌دارد اطلاعات و اظهارات مندرج در این پرسشنامه از افراد مطلع اخذ گردیده و اطلاعات مذکور با مشاهدات اینجانب از محل فعالیت بیمه گذار هماهنگی داشته و متعهد می‌گردد در صورتیکه اطلاعات کامل تر اخذ و یا تغییراتی در اطلاعات مذکور مشاهده گردید مراتب در اسرع وقت توسط اینجانب به بیمه گر اطلاع داده شود. بدیهی است چنانچه در طول مدت بیمه برای بیمه گر محرز گردد که اطلاعات ارائه شده در پرسشنامه با واقعیت موجود منطبق نمی‌باشد، بیمه گر مجاز خواهد بود مابه التفاوت حق بیمه پرداخت شده به حق بیمه واقعی را از کارمزد اینجانب کسر نماید و در صورت وقوع خسارت (متناسب با مابه التفاوت حق بیمه دریافت نشده) به تشخیص بیمه گر بعهده اینجانب خواهد بود.

کد نماینده:

مهر و امضاء نماینده:

تاریخ:

نام و مهر و امضای بیمه‌گذار:

تاریخ: