



## فرم پیشنهاد بیمه پول در صندوق و انتقالی

نام بیمه گزار:

نشانی بیمه گزار:

تعداد شعب بیمه گزار: (در صورت دارا بودن بیش از یک شعبه، نام و مشخصات کامل سایر شعب باید ارائه گردد.)

سال تأسیس صندوق؟

آیا قبلاً پوشش بیمه داشته است با کدام شرکت بیمه؟

آیا سابقه خسارتی داشته است چه نوع و در چه سالی و میزان آن؟

سرمايه مورد بیمه: (بالاترین سقف موجودی صندوق)

اوراق بهادار

وجه نقد

سایر موارد

مسکوکات

ساعت کار صندوق:

نام و مشخصات کارکنان رسمی و غیررسمی و سابقه کار:

طریقه ثبت موجودی صندوق در پایان وقت اداری:

نوع سازه و قدمت ساختمان صندوق:

امکانات اطفاء حریق:

تعداد دربهای ورودی و خروجی:

نوع و اندازه گاو صندوق:

محل گاو صندوق در ساختمان:

موقعیت ساختمانهای اطراف صندوق:

فاصله نزدیکترین مرکز نیروی انتظامی تا محل با ذکر فاصله:

کلید و رمز گاوصندوق و ساختمان در اختیار چه کسانی می باشد؟

آیا صندوق دارای نگهبان می باشد و در چه ساعاتی؟



آیا نگهدارنده مسلح می‌باشد؟

آیا صندوق دارای امکانات ذیل می‌باشد:

- |                                                     |                                                                       |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> برق اضطراری                | <input type="checkbox"/> دارای حفاظ آهنی بر روی درب و پنجره‌های صندوق |
| <input type="checkbox"/> دزدگیر و شناسایی اعلام خطر | <input type="checkbox"/> سیستم پیام رسان تلفنی به پلیس ۱۱۰            |
| <input type="checkbox"/> روشنایی داخل ساختمان در شب | <input type="checkbox"/> دوربین مدار بسته                             |
| <input type="checkbox"/> نگهدارنده ساختمان در شب    | <input type="checkbox"/> کپسول آتش‌نشانی                              |

سرمايه پول انتقالی:

اوراق بهادار

پول نقد

سایر موارد

مسکوکات

طریقه ثبت پول انتقالی:

تعداد دفعات و ساعات حمل پول:

حمل‌کنندگان پول و سمت آنها در صندوق:

مقاصد حمل پول:

فاصله و وضعیت مسیر حمل پول:

وسیله حمل نقلیه حمل پول:

آیا نگهدارنده مسلح پول انتقالی را همراهی می‌کند؟

توضیحات دیگر:

اینجانب گواهی می‌نمایم که کلیه مراتب فوق در نهایت دقت و صحت تکمیل گردیده است و

مسئولیت هرگونه اظهار خلاف واقع به عهده اینجانب می‌باشد.

تاریخ بازدید:

تاریخ:

نام و امضای بیمه‌گزار