



بیمه گذار:

شخصیت حقوقی بیمه گذار:

نشانی محل مورد بیمه:

تلفن:

نمابر:

تلفن همراه بیمه گذار:

پست الکترونیکی:

مدت بیمه:

روز

از ساعت ۲۴ روز

تا ساعت ۲۴ روز

کد ملی یا اقتصادی:

کد پستی محل مورد بیمه:

ذینفع:

ادولتی و عمومی

خصوصی

خطراتی تحت پوشش در بیمه نامه، آتش سوزی، انفجار و صاعقه می باشد لطفاً پوشش خطرهای اضافی مورد درخواست خود را در جدول زیر با علامت (✓) مشخص فرمایید.

☐	زلزله و آتشفشان	☐	سقوط هواپیما، هلی کوپتر و قطعات آنها	☐	شورش، آشوب، بلوا و اغتشاش داخلی
☐	سیل، طغیان آب دریاها و رودخانه ها	☐	شکست شیشه	☐	ترکیدگی لوله آب
☐	طوفان، گردباد و تندباد	☐	نوسانات برق	☐	سرقت با شکست حرز
☐	رانش، ریزش و فروکش زمین	☐	انفجار ظروف تحت فشار صنعتی	☐	دفرمه شدن ظروف تحت فشار صنعتی
☐	ضایعات ناشی از آب باران و ذوب برف	☐	مسئولیت مالی در قبال همسایگان ناشی از آتش سوزی و انفجار	☐	مسئولیت مالی در قبال همسایگان ناشی از آتش سوزی، انفجار و ترکیدگی لوله آب
☐	خسارات ناشی از آب سنگینی برف				

ردیف	شرح موضوع بیمه	ارزش تفکیکی (به ریال)
۱	ساختمان و تأسیسات: نوع سازه: طبق آیین نامه ۲۸۰۰ ☐ بتونی و یا سوله ☐ اسکلت فلزی ☐ آجری ☐ خشت و گلی ☐ زیربنا: متر مربع، قدراالسهم مشاعات: سایر اطلاعات..... تأسیسات شامل: آسانسور ☐ پکیج ☐ شوفاژخانه ☐ سایر موارد عمومی ☐	
۲	اثاثیه، دکوراسیون و محتویات:	
۳	موجودی (مخصوص واحدهای غیر صنعتی):	
۴	سایر موارد: (از قبیل وسائط نقلیه، دیگ بخار، شیشه ها ومسولیت مالی ...) به تفکیک هر مورد:	
۵	هزینه پاکسازی: سرمایه مورد درخواست هزینه پاکسازی در مقابل خطرهای مورد تعهد بیمه گر تا مبلغ	
جمع کل سرمایه		

توجه: بیمه گذار محترم خواهشمند است اموال خود را بر اساس قیمت واقعی (ارزش روز) بیمه فرمایید، در غیر این صورت با استناد به ماده ۱۰ قانون بیمه، بیمه گر فقط به تناسب مبلغی که بیمه کرده است با قیمت واقعی مال، مسئول خسارت خواهد بود. برای مثال چنانچه قیمت واقعی مالی در زمان حادثه ۱۰۰ ریال و مبلغ بیمه شده آن ۷۵ ریال باشد خسارت وارد به مورد بیمه، به نسبت ۷۵ درصد محاسبه و پرداخت خواهد شد.



بیمه گذار محترم:

- ۱- آیا مورد بیمه، سال گذشته تحت بیمه آتشسوزی قرار داشته است؟ ☐ بلی ☐ خیر
- در صورت مثبت بودن پاسخ سؤال فوق، لطفاً نام شرکت بیمه گر را ذکر فرمایید؟
- ۲) آیا تاکنون مورد بیمه در اثر خطرهای مورد تقاضا خسارت داشته است؟ ☐ بلی ☐ خیر
- در صورت مثبت بودن پاسخ سؤال فوق، لطفاً علت و میزان خسارت را به صورت خلاصه مرقوم فرمایید؟
- ۴) چه نوع امکانات اعلام و اطفای حریق در محل وجود دارد؟ کپسول ☐ (دارد) ☐ (ندارد) تعداد:
- شبکه آب آتشنشانی ☐ (دارد) ☐ (ندارد) سایر اطلاعات تکمیلی
- ۵) آیا بیمه گذار و کارکنان وی نحوه کاربرد وسایل اطفای حریق را آموزش دیده اند؟ ☐ بلی ☐ خیر
- ۶) نزدیکترین ایستگاه آتشنشانی شهری: مسافت: کیلومتر زمان دسترسی: دقیقه
- ۷) آیا محل، دارای نگهبان یا سرایدار میباشد؟ کدامیک ☐ بلی ☐ (روز) ☐ (شب) ☐ خیر
- ۸) چه فعالیتی در ساختمانهای مجاور محل مورد بیمه انجام میگیرد؟
- شمال: جنوب:
- شرق: غرب:
- ۹) آیا محل مورد بیمه دارای پروانه کسب و یا بهره برداری میباشد؟ ☐ بلی ☐ ح خیر
- ۱۰) سابقه فعالیت شغل در این محل و در این رشته چند سال می باشد؟

سایر اطلاعات:

توجه: اعتبار این پیشنهاد منوط به موافقت بیمه گر، پرداخت حق بیمه و صدور بیمه نامه می باشد و تکمیل آن به تنهایی، هیچگونه حقی برای بیمه گذار و یا تعهدی برای بیمه گر نخواهد داشت.

اطلاعات مشروحه در این برگه با صداقت و بر اساس اصل حسن نیت تکمیل شده است. و بدیهی است که در صورت اثبات هرگونه اظهار خلاف واقع و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن متوجه اینجانب خواهد بود.

نام بیمه گذار یا پیشنهاد دهنده: تاریخ درخواست: امضاء:

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل می گردد.

نظریه واحد صدور:

تاریخ، مهر و امضای واحد صادر کننده:

نام و کد نماینده:

تاریخ توافق:

مهر و امضاء: