# پرسشنامه بيمه ماشين‌آلات و تجهيزات پيمانكاران (C.P.M)

|  |
| --- |
| **"صفحه 1 از 2"** |
| 1. **نام و نشاني بیمه گذار:**

 **تلفن: فكس:** |
| 1. **نوع کاری که ماشینآلات و تجهیزات در آن فعالیت میکنند:**

 |
| 1. **نوع ماشینآلات:**

**ماشینآلات ساختمانی، حفاری نفت یا گاز🞎 ماشینآلات حفاری آب🞎 سایر ماشینآلات🞎** |
| 1. **مدت مورد درخواست برای پوشش بيمه ای: روز از تاریخ تا تاریخ**
 |
| 1. **آدرس محدوده جغرافيائي فعالیت ماشینآلات:**

 **تلفن: فکس:** |
| 1. **آيا قبلاً بيمه ماشين‌آلات و تجهيزات پيمانكاران داشته‌ايد؟ بلي🞏 خير🞏**

**درصورت مثبت بودن پاسخ، براي كدام رديفهاي فهرست ماشين‌آلات در صفحه "2" و نزد كدام شركت بيمه:** |
| **7- آيا مایلید در هنگام بروز خسارت هزينه‌هاي اضافي براي اضافه كاري، كاردرشب، كار درايام تعطيل یا هزینه حمل سریع نیز تحت پوشش باشد؟ بلي🞏 خير🞏 هزینه اضافی حمل هوائی؟ بلي🞏 خير🞏** |
| **8- آیا ماشین‌آلات و تجهیزات مورد بیمه تمام یا قسمتی اجاره شده است؟ بلي🞏 خير🞏****اگر چنین است لطفاً نام آن ماشین‌آلات و نام و آدرس مالکین آنها را ذکر نمائید:** |
| **9- چه پوششهای اضافی دیگری مورد درخواست میباشد؟** **حمل داخلی🞎****پوشش ماشینآلاتی که در زیرزمین کار میکنند🞎** **اموال مجاور 🞎ارزش اموال مجاور (ريال):** **غرامت جانی اشخاص ثالث برای هر نفر (ريال):** **غرامت جانی اشخاص ثالث برای چند نفر (ريال):** **خسارت مالی ثالث (ريال):****سایر🞎 (لطفاً نام ببرید):**  |
| **10- آیا ماشینآلات مورد تقاضا برای پوشش بیمهای نو میباشد؟ بلی🞎 خیر🞎****درصورت پاسخ منفی چند سال از عمر کاری این ماشینآلات میگذرد:** |
| **تذکر: خطرات تحت پوشش این بیمه‌نامه با منشأ بیرونی میباشد و تأکید میگردد خسارتهای شکست مکانیکی قطعات داخلی در حین انجام کار در این بیمه‌نامه پوشش ندارد.** |
| **11- آیا ماشینآلات مورد تقاضا قبلاً خسارتی داشتهاند؟ بلی🞎 خیر🞎****درصورت پاسخ مثبت لطفاً توضیح دهید:** |
| **🏵 لطفاً مشخصات و ارزش ماشینآلات مورد تقاضا برای پوشش بیمهای را در جدول صفحه "2" ذکر نمائید:** |

# پرسشنامه بيمه ماشين‌آلات و تجهيزات پيمانكاران (C.P.M)

|  |
| --- |
| **"صفحه 2 از 2"** |
| **مشخصات ماشين‌آلات و تجهيزات درخواست شده براي بيمه ماشين‌آلات پيمانكاران** |
| **ردیف** | **نام ماشین‌آلات به تفکیک****(شامل نوع، مدل، سازنده، ظرفیت، شماره سریال)** | **سال ساخت** | **مبالغ بیمه شده1****(واحد پول: )** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **جمع مبالغ مورد بیمه:** |  |
| **(1) 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 (درصورت وجود) باشد درغیراینصورت خسارات جزئی به نسبت مبلغ بیمه شده به مبلغ نو پرداخت خواهد شد.** |
| **تذکر: "شرکتهای بیمه به استناد قانون مکلف به وصول 5/1% مالیات بر ارزش افزوده و 5/1% عوارض شهرداریها و دهداریها از کلیه بیمه‌گذاران و واریز آن به حساب سازمان امور مالیاتی میباشند. لذا در مجموع 3٪ به حق بیمه محاسبه شده اضافه میگردد."****ملاحظات (لطفاً هر توضیح اضافی را که لازم میدانید ذکر فرمائید):****بدينوسيله اعلام مي‌دارد كليه اظهارات مندرج در اين پرسشنامه مقرون به صحت و منطبق با آخرين اطلاعات بيمه‌گذار مي‌باشد و همچنين موافقت دارد كه اين پرسشنامه اساس صدور بيمه‌نامه و جزء لاينفك آن قرار گيرد. بيمه‌گر فقط در چهارچوب شرايط و مقررات بيمه‌نامه مسئول است و خارج از آن تعهدي ندارد. بيمه‌گر متعهد است كليه اطلاعات فوق را محرمانه تلقي نمايد.****تاریخ: نام و مهر و امضای بیمهگذار:** |