



پیشنهاد بیمه آتش سوزی غیر صنعتی

(حریق و انفجار ، صاعقه)

واحد معرف :
واحد صدور :
تاریخ پیشنهاد :

الف - مشخصات پیشنهاد دهنده (بیمه گذار) :

بیمه گذار : کد ملی / کد اقتصادی : شماره شناسنامه / ثبت
محل صدور : تاریخ تولد : تلفن (همراه / ثابت) : نام ذینفع :
نشانی بیمه گذار :

ب - مشخصات محل مورد بیمه :

نشانی محل مورد بیمه :
.....

شرح نوع فعالیت : مدت بیمه : نوع تصرف (مالکیت) : اجاره ای شخصی

ج - خطرات اضافی مورد درخواست :

- زلزله و آتش فشان
- سیل و طغیان آب رودخانه
- طوفان و گردباد و تند باد
- ضایعات ناشی از آب و ذوب برف و تگرگ
- ریزش سقف ناشی از سنگینی برف
- ضایعات ناشی از ترکیبگی لوله آب
- سرقت با شکست حرز
- سقوط هواپیما و هلیکوپتر و قطعات منفصله آن
- آشوب و بلوا و اعتصاب
- رانش و ریزش و فروکش زمین
- شکست شیشه
- انفجار ظروف تحت فشار صنعتی
- دفرمه شدن ظروف تحت فشار صنعتی
- برخورد جسم خارجی
- مسئولیت مالی در قبال همسایگان
- سایر :

ردیف	شرح مورد بیمه	ارزش روز مورد بیمه (ریال)
۱	ساختمان و تاسیسات	
۲	موجودی کالا (فروشگاه)	
۳	اثاثیه ثابت و دکوراسیون	
۴	مسئولیت مالی در قبال همسایگان	
۵	هزینه پاکسازی و جمع آوری ضایعات	
۶	سایر	
جمع سرمایه مورد بیمه		

نظر بیمه گذار محترم را به ماده ۱۰ قانون بیمه جلب می نماید :

در صورتیکه مالی به کمتر از قیمت واقعی بیمه شده باشد بیمه گر فقط به تناسب مبلغی که بیمه کرده است با قیمت واقعی مال مسئول خواهد بود .

ج.ا.ا

نام و امضاء پیشنهاد دهنده (بیمه گذار)

مهر و امضاء نماینده / واحد صدور

صورت ریز و ارزش تفکیکی اثاثیه به شرح زیر :

	۱-
	۲-
	۳-
	۴-
	۵-
	۶-
	۷-
	۸-
	۹-
	۱۰-

مشخصات ساختمان :

- ۱- زیربنا مترمربع ۲- تعداد طبقات : ۳- سیستم گرمایش ۴- سیستم سرمایش
- ۵- نوع سازه : گلی یا آجری فلزی بتونی آئین نامه ۲۸۰۰ سوله ۶- عمر ساختمان :
- ۷- وضعیت لوله کشی آب ساختمان : روکار توکار جنس لوله ها
- ۸- وضعیت سیم کشی برق : توکار روکار روکار حفاظت شده سایر :
- ۹- نوع و نحوه نگهداری سوخت مصرفی :
- ۱۰- امکانات اعلام و اطفای حریق : دکتور کپسول شبکه آب با شیلنگ سیستم اطفای حریق خودکار
- شرح امکانات از نظر نوع و تعداد :

- آیا محل مورد بیمه دارای نگهبان و یا سرایدار می باشد ؟ بلی (روز شب) خیر
- شرح فعالیت ساختمانهای مجاور محل مورد بیمه (همسایگان):
- نحوه ثبت موجودی کالا در دفاتر :
- سابقه بیمه ای : دارد (بیمه گر : شماره بیمه نامه : تاریخ انقضا :) ندارد
- سابقه خسارت : دارد (علت : تاریخ وقوع :) ندارد
- سایر موارد :

اینجانب بدین وسیله تایید و اعلام می دارم ' کلیه اظهارات مندرج در این فرم کاملاً صحیح بوده و هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه نامه خواهد شد . همچنین در صورت هرگونه تغییرات بلافاصله شرکت بیمه را در جریان امر قرار خواهم داد.

نام و امضای پیشنهاد دهنده (بیمه گذار) :

مهر و امضای نماینده/کار گزار :