



فرم پیشنهاد بیمه آتش سوزی

شماره سند: FM-FR-01/02

تاریخ پیشنهاد:

شماره پیشنهاد:

صفحه ۱ از ۲

مشخصات بیمه گذار	(شخص حقیقی)	(شخص حقوقی)
نام و نام خانوادگی:	نام (شرکت، سازمان، موسسه):	
کد ملی:	شناسه ملی:	شماره ثبت:
تاریخ تولد:	کد اقتصادی:	
نام پدر:	شماره تلفن ثابت:	
شماره شناسنامه:	شماره تلفن همراه:	
شماره تلفن ثابت:	نشانی و کدپستی:	
شماره تلفن همراه:		
نشانی و کدپستی:		

بیمه نامه	ذینفع بانکی	ذینفع غیر بانکی
نام بانک:	نام شعبه:	کد شعبه:
نام و نام خانوادگی / نام شرکت، موسسه:	کد ملی / شناسه ملی:	شماره تماس:

مدت	از تاریخ:	تا تاریخ:	به مدت:	روز

مشخصات مورد بیمه
<p>نوع کاربری: صنعتی <input type="checkbox"/> غیرصنعتی (تجاری/اداری) <input type="checkbox"/> انبار عمومی <input type="checkbox"/> انبار اختصاصی <input type="checkbox"/> مسکونی <input type="checkbox"/> مجتمع مسکونی <input type="checkbox"/></p> <p>شرح دقیق فعالیت شغلی:</p> <p>نشانی محل مورد بیمه: استان: شهر: خیابان و کوچه:</p> <p>پلاک: واحد و طبقه: کدپستی محل مورد بیمه:</p> <p>همجواری محل مورد بیمه: از سمت شمال از سمت جنوب از سمت غرب از سمت شرق</p>
<p>نوع سازه: خشت و گل و سنتی <input type="checkbox"/> آجری <input type="checkbox"/> بتون <input type="checkbox"/> اسکلت فلزی <input type="checkbox"/> / آیین نامه ۲۸۰۰ شهرسازی رعایت شده؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>نوع سقف: آجری <input type="checkbox"/> شیروانی <input type="checkbox"/> تیرچه <input type="checkbox"/> خرپا <input type="checkbox"/> سایر:</p> <p>تعداد طبقات: تعداد واحدها:</p> <p>زیر بنای هر واحد: مترمربع متراژ زیر بنای کل محل مورد بیمه: مترمربع</p>
<p>وضعیت سیم کشی: توکار <input type="checkbox"/> روکار <input type="checkbox"/> روکار محافظت شده <input type="checkbox"/> سایر:</p> <p>وضعیت لوله کشی: روکار <input type="checkbox"/> توکار <input type="checkbox"/> جنس لوله: توضیحات:</p> <p>وضعیت تاسیسات: شوفاژ <input type="checkbox"/> فن کوئل <input type="checkbox"/> آسانسور <input type="checkbox"/> منبع سوخت <input type="checkbox"/> منبع آب <input type="checkbox"/> سایر:</p> <p>سیستم سرمایش: سیستم گرمایش: توضیحات:</p> <p>امکانات اعلام و اطفاء حریق: دکتور <input type="checkbox"/> اسپرینکلر <input type="checkbox"/> جعبه آتش نشانی (Fire Box) <input type="checkbox"/> کپسول آتش نشانی <input type="checkbox"/> نوع و تعداد:</p> <p>نوع سوخت مصرفی: گاز <input type="checkbox"/> نفت <input type="checkbox"/> گازوئیل <input type="checkbox"/> سایر:</p>

مهر و امضا بیمه گذار



فرم پیشنهاد بیمه آتش سوزی

شماره سند: FM-FR-01/02

تاریخ پیشنهاد:

شماره پیشنهاد:

صفحه ۲ از ۲

<p> <input type="checkbox"/> زلزله و آتشفشان <input type="checkbox"/> سیل و طغیان آب <input type="checkbox"/> طوفان و گردباد <input type="checkbox"/> ترکیدگی لوله آب <input type="checkbox"/> ضایعات ناشی از برف و باران <input type="checkbox"/> رانش زمین <input type="checkbox"/> سقوط هواپیما، هلیکوپتر و پرتاب قطعات آن <input type="checkbox"/> ریزش سقف ناشی از سنگینی برف <input type="checkbox"/> شکست شیشه <input type="checkbox"/> سرقت با شکست حرز <input type="checkbox"/> انفجار ظروف تحت فشار <input type="checkbox"/> دفرمگی ظروف تحت فشار <input type="checkbox"/> هزینه پاکسازی تا مبلغ ریال <input type="checkbox"/> مسئولیت ناشی از آتش سوزی و انفجار در مقابل همسایگان تا مبلغ ریال <input type="checkbox"/> مسئولیت ناشی از ترکیدگی لوله آب در مقابل همسایگان تا مبلغ ریال <input type="checkbox"/> سایر ریال </p>	<p>خطرات اضافی و پوشش ها</p>
--	------------------------------

ارزش مورد بیمه (ریال)	نوع و شرح مورد بیمه	
	<p> ساختمان و تاسیسات : اثاثه و لوازم ثابت : موجودی : ماشین آلات : تجهیزات و ابزارآلات : شیشه (تعداد جام و ضخامت) : وسیله نقلیه : ظروف تحت فشار صنعتی : سایر : </p>	<p>سرمایه مورد بیمه</p>
	مجموع	

<p> آیا مورد بیمه قبلاً نزد شرکت بیمه دیگری ، بیمه بوده است ؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی نام شرکت بیمه گر قبلی: شماره بیمه نامه : تاریخ انقضا بیمه : آیا مورد بیمه سابقه خسارت داشته است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی علت حادثه: مبلغ خسارت: </p>	<p>بیمه ای متوالی</p>
---	-----------------------

	<p>توضیحات</p>
--	----------------

<p> اینجانب/ شرکت: با آگاهی از شرایط عمومی بیمه های آتش سوزی و ماده ۱۰ و ۱۲ قانون بیمه، تقاضای صدور بیمه نامه بر اساس مندرجات فوق را دارم و تأیید می نمایم که اظهارات ذکر شده در این پیشنهاد صحیح و منطبق با واقعیت است و در صورت اطلاع از هر گونه تغییرات مراتب بلافاصله و کتباً به شرکت بیمه گر اعلام نمایم تاریخ: امضا و مهر بیمه گذار </p>	<p>بیمه گذار تأییدیه</p>
--	--------------------------

<p> کد و نام معرف بیمه نامه : کد و نام واحد صدور : تاریخ : امضا و مهر واحد صدور </p>	<p>واحد صدور تأییدیه</p>
---	--------------------------