



تهران، خیابان خاندان‌النبی (وزرا)
شماره ۱۱۴، کد پستی ۱۵۱۳۸۳۱۹
تلفن: ۸۸۷۰۰۲۰۵
شماره: ۸۸۷۰۰۲۰۴
www.samaninsurance.com
e-mail: info@samaninsurance.com

شماره :
تاریخ پیشنهاد :

| | | | |
|--|---|------------------------------------|---------------------|
| مشخصات مشخصات دهنده | الف- اشخاص حقیقی: | نام خانوادگی : | نام : |
| | شماره شناسنامه : | نام پدر : | شماره شناسنامه : |
| انگیزه حقوقی | ب- اشخاص حقوقی : | نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده : | نام موسسه یا شرکت : |
| | موضوع فعالیت : | شماره ثبت : | موضوع فعالیت : |
| مشخصات محل استقرار ماشین آلات | سمت : | تلفن : | نشانی : |
| | نشانی : | تلفن : | نشانی : |
| مشخصات محل فعالیت و استقرار ماشین آلات | ۱- نام و مشخصات پروژه در دست اجرا: | | |
| | ۲- نشانی دقیق محل فعالیت ماشین آلات (در صورتیکه محل‌های فعالیت متعدد است در یک فهرست جداگانه ضمیمه شود): | | |
| | ۳- منطقه فعالیت از نظر جغرافیایی در کدام یک از گروه‌های ذیل قرار می‌گیرد؟ | | |
| | درون شهر یا روستا <input type="checkbox"/> دشت و مزرعه <input type="checkbox"/> جنگل <input type="checkbox"/> منطقه کوهستانی <input type="checkbox"/> بستر رودخانه <input type="checkbox"/> ساحل و کناره رودخانه ، دریاچه یا دریا <input type="checkbox"/> مناطق بیابانی <input type="checkbox"/> معادن روباز <input type="checkbox"/> سایر مناطق <input type="checkbox"/> | | |
| مشخصات ماشین آلات و تجهیزات مورد بیمه | ۴- آیا کارهای زیر زمینی نیز توسط ماشین آلات صورت می‌گیرد؟ | | |
| | بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | |
| | ۱- جمع سرمایه مورد بیمه (لطفا لیست تفکیکی اقلام مورد بیمه را بر حسب ارزش جایگزینی نو در جدول پیوست این پرسشنامه ذکر فرمایید): | | |
| ۲- آیا پوشش اضافی جهت هزینه های اضافه کاری ، کار در شب و کار در ایام تعطیل نیز مورد درخواست می باشد؟ | | | |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | | | |
| ۱-۲- چنانچه پاسخ مثبت است سرمایه مورد درخواست را ذکر فرمایید: | | | |

بدینوسیله اعلام می‌دارد کلیه اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد مقرون به صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می‌باشد و همچنین موافقت می‌نماید که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

مهر و امضاء، بیمه گذار:

نام و کد نماینده / کارگزار:



بیمه سامان

مهر و امضاء:

