

۱. نام بیمه گذار:		کد ملی / شناسه ملی / شماره ثبت شرکت:	
تلفن ثابت:		تلفن همراه:	
تاریخ تولد / ثبت:		شماره شناسنامه:	
نشانی:		آدرس پست الکترونیک:	
۲- مدت بیمه:		از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز	
۳- محدوده جغرافیایی پوشش بیمه:			
۴- آیا قبلاً بیمه ماشین آلات و تجهیزات پیمانکاری داشته‌اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
در صورت مثبت بودن پاسخ، برای کدام ردیفهای فهرست ماشین آلات در صفحه دوم و نزد کدام شرکت بیمه؟			
۵- آیا ماشین آلات و تجهیزات پیشنهاد شده برای بیمه (تأمناً یا قسمتی) اجاره شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً نام و نشانی مالک را ذکر کنید:			
تلفن:		دورنگار:	
۶- آیا ماشین آلات و تجهیزات، در معرض خطرات خاص زیر قرار دارند؟			
آتش سوزی <input type="checkbox"/> انفجار <input type="checkbox"/> صاعقه <input type="checkbox"/>		زلزله <input type="checkbox"/> آتشفشان <input type="checkbox"/> زلزله دریائی <input type="checkbox"/>	
کار در زیرزمین <input type="checkbox"/> کار در تونل <input type="checkbox"/>		طوفان <input type="checkbox"/> گردباد <input type="checkbox"/>	
کار در مناطق کوهستانی <input type="checkbox"/>		کار در زمین نرم یا باتلاقی <input type="checkbox"/>	
غیره (ذکر کنید):			
۷- آیا می‌خواهید در صورت بروز خسارت هزینه‌های اضافی برای اضافه کاری، کار در شب و کار در ایام تعطیل تحت پوشش باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً حد غرامت برای هزینه‌های اضافی را تعیین نمایید.			
۸- آیا می‌خواهید پوشش بیمه شامل حمل زمینی باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
در صورت مثبت بودن پاسخ، حداکثر ارزش محموله هر وسیله نقلیه را مشخص نمایید.			
۹- آیا ماشین آلات سابقه خسارتی داشته‌اند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
در صورتی که پاسخ مثبت است لطفاً به اختصار شرح دهید.			
بدینوسیله اعلام می‌دارد کلیه اظهارات مندرج در این پیشنهاد و پرسشنامه کامل و مقرون به صحت است و نیز موافقت دارد که این پرسشنامه اساس و مبنای صدور بیمه‌نامه قرار گیرد. بیمه‌گر فقط در چارچوب مقررات و شرایط بیمه‌نامه مسئولیت دارد. بیمه‌گذار موظف است هرگونه تغییر در مورد بیمه را که موجب تشدید خطر شود به بیمه‌گر اطلاع دهد و بیمه‌گر حق دارد متناسب با این تغییر، نرخ بیمه را تعدیل نماید.			
تاریخ تکمیل:		نام و امضای نماینده / کارگزار بیمه:	
		نام و امضای بیمه گذار:	

## بخش یک (ماشین آلات)

ردیف	شرح ماشین آلات (نام - مدل - سازنده - ظرفیت - شماره سریال)	سال ساخت	ارزش جایگزینی (۱)

جمع کل تعهدات بخش یک:

## بخش دو (مسئولیت مدنی در قبال اشخاص ثالث)

حدود غرامت		موارد بیمه
حداکثر تعهد در طول مدت بیمه نامه	حداکثر تعهد هر نفر در هر حادثه	
		۱. غرامت بدنی
		۲. خسارت مالی
		۳. هزینه های پزشکی
		جمع کل تعهدات بخش دو در طول مدت بیمه نامه:

(۱) لطفاً ارزش روز جایگزینی هر ماشین با ماشین مشابه نو با همان ظرفیت و به علاوه هزینه حمل، حقوق و عوارض گمرکی و هزینه نصب آن را مشخص نمایید.

نام و امضاء بیمه گذار:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

تاریخ تکمیل: