

فرم پیشنهاد بیمه آتش سوزی طرح سانا ویژه اصناف

شماره سریال:

متقاضی گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش های مندرج در این فرم با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. در صورت صدور بیمه نامه، شرط اصلی اعتبار آن صحت اطلاعات مندرج در این فرم و پاسخ های شما است و به آن استناد خواهد شد. همچنین، تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی کند. فرم پیشنهاد می بایست بدون هر گونه خط خوردگی، لاک گرفتگی، خراشیدگی، دوباره نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

شماره پیشنهاد:	نام و کد شعبه:	نام و کد نماینده / کارگزار:	تاریخ درخواست:	
مشخصات بیمه گذار	خانم/ آقای/ شرکت:	کدملی/کد اقتصادی:	شماره شناسنامه/ شناسه ملی:	
	نشانی محل کار/ سکونت:		تاریخ تولد/ ثبت:	
	تلفن ثابت:	تلفن همراه:	شماره فکس:	
مشخصات مورد بیمه	استان:	شهر:	خیابان:	
	کدپستی:		کوچه:	
	* نوع فعالیت محل مورد بیمه به طور دقیق ذکر گردد:			
مدت	از تاریخ: تا تاریخ:			
	به مدت: یک سال ☐ دو سال ☐			
سوابق	شرکت بیمه سال قبل:			
	آیا مورد بیمه سابقه خسارت دارد؟ بله ☐ خیر ☐ علت خسارت: تاریخ انقضا:			
جدول نام و ارزش تفکیکی سرمایه های مورد بیمه	ردیف	شرح مورد بیمه		سرمایه - ریال
	۱	ارزش ایوانی ساختمان و تاسیسات (خطرات آتش سوزی - صاعقه - انفجار - زلزله و آتشفشان - سیل و طغیان آب - طوفان و گردباد)		۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
	۲	موجودی، تجهیزات و اثاثیه، (خطرات آتش سوزی - صاعقه - انفجار - زلزله و آتشفشان - سیل و طغیان آب - طوفان و گردباد)		۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
	۳	پوشش از بین رفتن وجه نقد در اثر آتش سوزی (پول در صندوق)		۵,۰۰۰,۰۰۰
	۴	هزینه تامین محل کسب جدید در زمان تعمیرات به مدت حداکثر سه ماه هر ماه تا سقف ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال جمعاً		۳۰,۰۰۰,۰۰۰
	۵	تجهیزات - اثاثیه - موجودی (فقط خطر سرقت با شکست حرز)		۲۰,۰۰۰,۰۰۰
	۶	فوت و نقص عضو ناشی از آتش سوزی، صاعقه و انفجار در محل مورد بیمه برای بیمه گذار و کارکنان وی به ازای هر نفر ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و حداکثر برای سه نفر جمعاً		۶۰,۰۰۰,۰۰۰
	۷	هزینه پزشکی ناشی از آتش سوزی، صاعقه و انفجار در محل مورد بیمه برای بیمه گذار و کارکنان وی به ازای هر نفر ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و حداکثر برای سه نفر جمعاً		۶۰,۰۰۰,۰۰۰
	۸	شیشه سکوریت (شکست شیشه سکوریت)		۵,۰۰۰,۰۰۰
	۹	زیان مالی ناشی از وقفه در فعالیت در صورت خسارت کلی بر اثر حائث آتش سوزی، صاعقه، انفجار و زلزله (بصورت روز شمار مازاد بر ۷ روز اول پس از وقوع حادثه حداکثر تا ۳۰ روز تا زمان پرداخت خسارت هر کدام زودتر محقق گردد بالارائه مستندات فعالیت صنفی حداقل شش ماه قبل از خسارت)		۱۰,۰۰۰,۰۰۰
	۱۰	خسارت مسئولیت مدنی ناشی از آتش سوزی وارده به همسایگان		۵,۰۰۰,۰۰۰
	۱۱	هزینه پاکسازی بعلت وقوع خطر آتش سوزی، صاعقه، انفجار، زلزله و آتشفشان (قابل پرداخت تا ۲۰٪ هر خسارت تا سقف تعهدات هر کدام که کمتر باشد)		۵۰,۰۰۰,۰۰۰
تذکره	ضریب افزایش سرمایه مورد درخواست: برابر (حداکثر ضریب قابل درخواست ۱۰ برابر می باشد)			
فوت و مقررات	اینجانب/ شرکت ، با آگاهی از شرایط عمومی بیمه نامه های آتش سوزی و شرایط خصوصی خطرات و پوششها مندرج در جدول فوق، متقاضی صدور بیمه نامه هستم، بدینوسیله اعلام می دارم که اظهارات ذکر شده در این پیشنهاد صحیح می باشد. و باتوجه به قانون مبارزه با پولشویی مصوب دوم بهمن ۱۳۸۶ مجلس شورای اسلامی و آئین نامه و دستورالعمل های اجرایی آن متعهد و ملزم به رعایت مواد قانون یاد شده و مقررات مربوطه می گردم و همچنین با آگاهی از مواد ۱۰ و ۱۱ و ۱۲ قانون بیمه (ذیل الذکر) تایید می نمایم کلیه مطالب اعلام شده صحیح بوده و در صورت اطلاع از هر گونه تغییرات بلافاصله شرکت بیمه را در جریان امور قرار خواهم داد.			
	الف- ماده ۱۰ قانون بیمه: در صورتی که مالی کمتر از قیمت واقعی بیمه شده باشد فقط به تناسب مبلغی که بیمه کرده است با قیمت واقعی مسئول خسارت خواهد بود.			
	ب- به موجب ماده ۱۱ قانون بیمه چنانچه بیمه گذار یا نماینده او با قصد تقلب، مالی را اضافه بر قیمت واقعی در موقع قرارداد بیمه داده باشد، عقد بیمه باطل و حق بیمه دریافتی قابل استرداد نمی باشد.			
	ج- به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه هرگاه بیمه گذار عمداً از اظهار مطالبی خودداری کند یا عمداً اظهارات غیرواقعی نماید و مطالب اظهار نشده یا غیرواقعی طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد عقد بیمه باطل خواهد بود، حتی اگر مراتب مذکور تأثیری در وقوع حادثه نداشته باشد. در این صورت نه تنها وجوهی که بیمه گذار پرداخت نموده است قابل استرداد نیست بلکه بیمه گر حق دارد اقساط بیمه را که تا آن تاریخ عقب افتاده است نیز از بیمه گذار مطالبه نماید.			
	د- به موجب ماده ۷ شرایط عمومی اعتبار بیمه نامه و تعهد بیمه گر بعد از پرداخت حق بیمه آغاز می گردد.			
	ه- به موجب ماده ۱۴ شرایط عمومی در صورت نبودن شرط خلاف بیمه گذار موظف است نسبت به پرداخت نقدی حق بیمه اقدام نماید و قبض رسیدی که به امضای مجاز بیمه گر رسیده باشد را اخذ نماید.			
تاریخ:	مهر و امضا متقاضی بیمه:			
	مهر و امضا دریافت کننده پیشنهاد:			