



کد شناسه:
DCC-3072100201

فرم پیشنهاد بیمه نامه تمام خطر نصب (E.A.R)

متقاضی گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. در صورت صدور بیمه‌نامه، شرط اصلی اعتبار آن صحت اطلاعات مندرج در این فرم و پاسخ‌های شما بوده و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌کند. فرم پیشنهاد می‌بایست بدون هرگونه خط خوردگی، لاک‌گرفتگی، خراشیدگی، دوباره‌نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.



بیمه گذار:		کارفرما	پیمانکار
مشخصات کارفرما و پیمانکار	۱- نام کارفرما (صاحبکار):	کد ملی / شناسه ملی:	کد ملی / شناسه ملی:
	نشانی:	تلفن / تلفن همراه:	تلفن / تلفن همراه:
مشخصات سایر عوامل پروژه	شماره ثبت:	کد اقتصادی:	کد اقتصادی:
	۲- نام پیمانکار(ان):	کد ملی / شناسه ملی:	کد ملی / شناسه ملی:
مشخصات پروژه	نشانی:	تلفن / تلفن همراه:	تلفن / تلفن همراه:
	شماره ثبت:	کد اقتصادی:	کد اقتصادی:
مشخصات پروژه	۳- نام موسسه ناظر بر نصب:	کد ملی / شناسه ملی:	کد ملی / شناسه ملی:
	نشانی:	تلفن / تلفن همراه:	تلفن / تلفن همراه:
مشخصات پروژه	شماره ثبت:	کد اقتصادی:	کد اقتصادی:
	۴- نام مهندسان مشاور:	کد ملی / شناسه ملی:	کد ملی / شناسه ملی:
مشخصات پروژه	نشانی:	تلفن / تلفن همراه:	تلفن / تلفن همراه:
	شماره ثبت:	کد اقتصادی:	کد اقتصادی:
۵- موضوع مورد نصب (چنانچه طرح شامل چند بخش است، لطفاً بخش یا بخشهایی را که باید بیمه شوند بر اساس موضوع مندرج در پیمان یا موافقتنامه ضمیمه این پرسشنامه، مشخص نمایید):			
۶- شرح کامل اقلام مورد نصب (اقلام نو و دست دوم را به تفکیک مشخص فرمائید):			
۷- نشانی محل نصب (آدرس کامل):			
۸- آیا پیمانکار سابقه اجرای پروژه مشابه را دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ مشخصات طرح های مشابه قبلی اعلام گردد:			
۹- درصد پیشرفت فیزیکی پروژه: درصد در صورت داشتن پیشرفت فیزیکی سابقه خسارت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> علت خسارت: نوع خسارت: مبلغ خسارت:			
۱۰- آیا پروژه بیمه نامه قبلی دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت شرکت بیمه گر قبلی: تاریخ شروع بیمه نامه قبلی: تاریخ انقضای بیمه نامه قبلی:			
۱۱- مدت بیمه (لطفاً بطور دقیق و کامل پاسخ دهید): تاریخ شروع کار (با احتساب دوره پیش انبارداری): مدت عملیات: روز از تاریخ تا تاریخ دوره آزمایش: هفته از تاریخ تا تاریخ دوره نگهداری (تحويل موقت): ماه از تاریخ تا تاریخ نوع پوشش مدت دوره نگهداری مورد درخواست: کلوز ۰۰۳ (ساده) <input type="checkbox"/> کلوز ۰۰۴ (گسترده) <input type="checkbox"/>			
۱۲- آیا این کار ادامه یا توسعه تأسیسات موجود می‌باشد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا از تأسیسات موجود در دوره نصب نیز بهره برداری خواهد شد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت احتمال خسارت به تأسیسات موجود، آنها را تحت عنوان اموال مجاور با ذکر نوع آن در بند ۲۳ و ارزش آن در بند ۱۱ موارد بیمه شده این پرسشنامه بیمه نمائید)		مهر و امضاء متقاضی پیشنهاد	



متقاضی گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. در صورت صدور بیمه‌نامه، شرط اصلی اعتبار آن صحت اطلاعات مندرج در این فرم و پاسخ‌های شما بوده و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌کند. فرم پیشنهاد می‌بایست بدون هرگونه خط خوردگی، لاک‌گرفتگی، خراشیدگی، دوباره‌نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

مشخصات فنی پروژه مورد بیمه	<p>۱۳- آیا کارهای ساختمانی پروژه به پایان رسیده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>در صورت جواب منفی چند درصد آن انجام شده است:</p> <p>۱۴- کدامیک از کارها توسط پیمانکاران فرعی انجام خواهد شد؟</p> <p>۱۵- آیا تشدید خطر در این موارد وجود دارد؟ آتش‌سوزی: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی انفجار: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی سایر خطرات (نام ببرید) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>چنانچه وجود دارد تشریح فرمائید:</p> <p>۱۶- سطح آبهای زیرزمینی در محل پروژه متر از سطح زمین پایین تر</p> <p>۱۷- نام نزدیکترین رودخانه، دریاچه، دریا و غیره به پروژه:</p> <p>فاصله آن تا محل نصب:</p> <p>۱۸- شرایط جوی: فصل بارندگی از تا حداکثر میزان بارندگی بر حسب میلیمتر: در ساعت <input type="checkbox"/> در روز <input type="checkbox"/> در ماه <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی حداکثر سرعت باد: تواتر وقوع طوفان: <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> زیاد</p> <p>۱۹- آیا سابقه آتشفشان، زلزله و زلزله دریایی، طوفان و سیل در محل وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>چنانچه حادثه طبیعی در محل رخ داده است لطفاً شدت آن را ذکر کنید:</p> <p>آیا طراحی سازه‌های مورد بیمه براساس مقررات و آئین‌نامه‌های مربوط به مقاوم سازی در برابر زلزله می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>آیا از لحاظ زمین‌شناسی گسل در منطقه وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>۲۰- در صورت امکان، حداکثر خسارت احتمالی در يك حادثه را برحسب درصد مبلغ مورد بیمه برآورد کنید: به علت زمین لرزه درصد، به علت آتش‌سوزی درصد، به علت سیل درصد، به علت دیگر (با ذکر نام) درصد</p>
پوشش‌های مورد درخواست	<p>۲۱- آیا درخواست پوشش بیمه ای برای تجهیزات ساختمانی یا نصب هم (داربست، اتاقک‌های موقت، ابزار، وسایل و...) دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>(چنانچه پاسخ مثبت است لطفاً لیست آنها را به همراه ارزش تفکیکی آنها ضمیمه فرمائید)</p> <p>۲۲- آیا درخواست پوشش بیمه ای برای ماشین‌آلات ساختمانی هم (ماشین‌آلات حفاری، جرثقیل‌ها و...) دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>(چنانچه پاسخ مثبت است لطفاً لیست آنها را به همراه ارزش تفکیکی آنها ضمیمه فرمائید)</p> <p>۲۳- آیا درخواست پوشش بیمه‌ای برای اموال مجاور یعنی ساختمانها یا تأسیسات موجود در محل کار یا مجاور آن که متعلق به صاحبکار میباشد و تحت پیمان پروژه مورد بیمه نمیباشد، در مقابل زیان یا خسارت ناشی از عملیات موضوع قرارداد دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>(چنانچه پاسخ مثبت است لطفاً لیست آنها را به همراه ارزش تفکیکی آنها ضمیمه فرمائید)</p>
پوشش‌های اضافی	<p>۲۴- آیا مایلید در صورت بروز خسارت، هزینه‌های اضافی زیر نیز تحت پوشش قرار گیرد؟ هزینه حمل سریع، اضافه‌کاری، کاردرشب، کاردرایام تعطیلات رسمی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی هزینه حمل هوایی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>۲۵- آیا بیمه مسئولیت مدنی در مقابل اشخاص ثالث مورد درخواست است؟</p> <p>وضعیت تراکم اشخاص ثالث در اطراف محیط کار: خلوت (۱ تا ۵ نفر) <input type="checkbox"/> شلوغ (۶ تا ۱۰ نفر) <input type="checkbox"/> خیلی شلوغ (۱۱ نفر به بالا) <input type="checkbox"/></p> <p>وضعیت استقرار تأسیسات زیر زمینی در محل اجرای پروژه: ندارد <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> زیاد <input type="checkbox"/> خیلی زیاد <input type="checkbox"/></p> <p>نوع خاک محل پروژه: دستی، رسی یا ماسه‌ای <input type="checkbox"/> مخلوط <input type="checkbox"/> دج <input type="checkbox"/></p> <p>وضعیت گودبرداری: ندارد <input type="checkbox"/> شروع نشده یا در حال انجام است <input type="checkbox"/> به اتمام رسیده است <input type="checkbox"/></p> <p>عمق خاکبرداری یا گودبرداری: متر</p> <p>ابعاد زمین در حال ساخت: متر</p> <p>نوع سازه مجاور پروژه:</p> <p>سازه شمالی: ندارد <input type="checkbox"/> خشت و گل <input type="checkbox"/> آجری <input type="checkbox"/> نیمه اسکلت <input type="checkbox"/> تمام اسکلت <input type="checkbox"/></p> <p>سازه جنوبی: ندارد <input type="checkbox"/> خشت و گل <input type="checkbox"/> آجری <input type="checkbox"/> نیمه اسکلت <input type="checkbox"/> تمام اسکلت <input type="checkbox"/></p> <p>سازه شرقی: ندارد <input type="checkbox"/> خشت و گل <input type="checkbox"/> آجری <input type="checkbox"/> نیمه اسکلت <input type="checkbox"/> تمام اسکلت <input type="checkbox"/></p> <p>سازه غربی: ندارد <input type="checkbox"/> خشت و گل <input type="checkbox"/> آجری <input type="checkbox"/> نیمه اسکلت <input type="checkbox"/> تمام اسکلت <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت احداث کانال، راه، پل یا تونل به سؤالات زیر نیز پاسخ دهید: حداکثر عمق کانال: متر - طول کانال، راه، پل یا تونل: متر</p> <p>عرض کانال، راه، پل یا قطر تونل: متر</p>

مهر و امضاء متقاضی پیشنهاد



کد شناسه:
DCC-3072100201

فرم پیشنهاد بیمه نامه تمام خطر نصب (E.A.R)



متقاضی گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. در صورت صدور بیمه‌نامه، شرط اصلی اعتبار آن صحت اطلاعات مندرج در این فرم و پاسخ‌های شما بوده و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌کند. فرم پیشنهاد می‌بایست بدون هرگونه خط خوردگی، لاک‌گرفتگی، خراشیدگی، دوباره‌نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

۲۸- خواهشمند است مبالغ مورد بیمه در بخش دو بیمه نامه را در جدول زیر مشخص فرمائید:

نوع ارز:

حد غرامت	موارد بیمه شده به تفکیک (بند ۲۲ پرسشنامه)
	غرامت فوت و نقص عضو و صدمات جسمانی برای هر نفر در هر حادثه
	غرامت فوت و نقص عضو و صدمات جسمانی در مدت اعتبار بیمه
	خسارت مالی در هر حادثه
	خسارت مالی در مدت اعتبار بیمه
	هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه
	هزینه پزشکی در مدت اعتبار بیمه
	جمع کل غرامت در بخش دو به عدد:
	جمع کل غرامت در بخش دو به حروف :

بخش دو (مسئولیت مدنی در قبال اشخاص ثالث)

اینجانب/شرکت، با آگاهی از شرایط عمومی بیمه‌نامه تمام خطر پیمانکاران، متقاضی صدور بیمه‌نامه بر اساس مندرجات فوق و لیست پیوست هستم، بدینوسیله اعلام می‌دارم که اظهارات ذکر شده در این پیشنهاد صحیح می‌باشد. و با توجه به قانون مبارزه با پولشویی مصوب دوم بهمن ۱۳۸۶ مجلس شورای اسلامی و آئین نامه و دستورالعمل‌های اجرایی آن متعهد و ملزم به رعایت مواد قانون یاد شده و مقررات مربوطه می‌گردم و همچنین با آگاهی از مواد ۱۱ و ۱۲ و ۱۰ قانون بیمه (ذیل الذکر) تایید می‌نمایم کلیه مطالب اعلام شده صحیح بوده و در صورت اطلاع از هرگونه تغییرات بلافاصله شرکت بیمه را در جریان امور قرار خواهم داد.

الف- به موجب ماده ۱۰ قانون بیمه در صورتیکه مالی به کمتر از ارزش واقعی آن بیمه شود، بیمه‌گر به تناسب ارزش سرمایه بیمه شده و ارزش واقعی مورد بیمه، مسئول پرداخت خسارت خواهد بود لذا ضروری است سرمایه بیمه به ارزش روز تعیین و بیمه گردد.

ب- به موجب ماده ۱۱ قانون بیمه چنانچه بیمه‌گذار 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 نمی‌باشد.

ج- به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه هرگاه بیمه‌گذار عمداً از اظهار مطالبی خودداری کند یا عمداً اظهارات غیر واقعی نماید و مطالب اظهار نشده یا غیر واقعی طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد عقد بیمه باطل خواهد بود، حتی اگر مراتب مذکور تأثیری در وقوع حادثه نداشته باشد. در این صورت نه تنها وجوهی که بیمه‌گذار پرداخت نموده است قابل استرداد نیست بلکه بیمه‌گر حق دارد اقساط بیمه را که تا آن تاریخ عقب افتاده است نیز از بیمه‌گذار مطالبه نماید..

د- به موجب ماده ۱۳ قانون بیمه اگر خودداری از اظهار مطالبی یا اظهارات خلاف واقع از روی عمد نباشد عقد بیمه باطل نمی‌شود - در این صورت هرگاه مطالب اظهار نشده یا اظهار خلاف واقع قبل از وقوع حادثه معلوم شود بیمه‌گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت داشته قرارداد را ابقاء کند و یا قرارداد بیمه را فسخ کند - در صورت فسخ بیمه‌گر باید مراتب را به موجب اظهار نامه یا نامه سفارشی دو قبضه به بیمه‌گذار اطلاع دهد اثر فسخ ده روز پس از ابلاغ مراتب به بیمه‌گذار شروع می‌شود و بیمه‌گر باید اضافه حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را به بیمه‌گذار مسترد دارد.

ه- اعتبار این پیشنهاد منوط به صدور بیمه نامه است و به تنهایی موجب هیچگونه حقی برای بیمه‌گذار و یا منشاء هیچگونه تعهدی برای بیمه‌گر نخواهد بود و در صورت وجود تفاوت بین متن بیمه نامه و این پیشنهاد، مفاد بیمه نامه حاکمیت خواهد داشت.

"دریافت این پیشنهاد به منزله قبول پیشنهاد متقاضی از سوی شرکت بیمه گر نخواهد بود"

بررسی

مهر و امضا دریاقت کننده پیشنهاد:

مهر و امضا متقاضی پیشنهاد:

تاریخ



کد شناسه:
DCC-3072100201

فرم پیشنهاد بیمه نامه تمام خطر نصب (E.A.R)



متقاضی گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. در صورت صدور بیمه‌نامه، شرط اصلی اعتبار آن صحت اطلاعات مندرج در این فرم و پاسخ‌های شما بوده و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌کند. فرم پیشنهاد می‌بایست بدون هرگونه خط خوردگی، لاک‌گرفتگی، خراشیدگی، دوباره‌نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

۲۶- خواهشمند است مبالغ مورد بیمه در بخش یک بیمه‌نامه را در جداول زیر مشخص فرمائید:
نوع ارز:

مبلغ بیمه شده	موارد بیمه شده به تفکیک
	۱- مبلغ پیمان
	۱-۲- ارزش کل اقلام مورد نصب *
	۲-۲- هزینه حمل *
	۳-۲- حقوق و عوارض گمرکی *
	۴-۲- هزینه نصب *
	۶- کارهای ساختمانی
	۷- مصالح یا اقلام تهیه شده توسط صاحبکار *
	۸- تعدیل (برآورد افزایش مبلغ)
	۹- تجهیزات ساختمانی یا نصب (بند ۲۱ پرسشنامه)
	۱۰- برداشت ضایعات
	۱۱- اموال مجاور (بند ۲۳ پرسشنامه)
	۱۲- ماشین آلات ساختمانی (بند ۲۲ پرسشنامه)
	۱۳- کارهای خارج از موضوع پیمان
	۱۴- سایر
	جمع مبالغ بیمه شده در بخش یک به عدد:

بخش یک (خسارت مادی)

جمع مبالغ بیمه شده در بخش یک به حروف :

* در صورتیکه مبالغ ردیفهای ۲ توسط بیمه گزار قابل تفکیک باشد می بایست بطور جداگانه در ردیفهای مربوطه درج شود و نباید مبلغ بیمه شده در ردیف ۱ تکمیل گردد در غیر اینصورت درج سرمایه مورد بیمه در ردیف ۱ الزامی است .
- مبلغ قرارداد باید مطابق مبلغ پیمان باشد در غیر اینصورت مشمول ماده ده قانون بیمه خواهد شد.

۲۷- با توجه به مبلغ پیمان، غرامت مورد درخواست در رابطه با هر یک از خطرات ذیل در بخش یک بیمه نامه را بنویسید:
نوع ارز:

حد غرامت	نوع غرامت
	سیل و طغیان آب و آبگرفتگی
	زلزله و زلزله دریایی
	طوفان و گردباد
	ریزش و رانش
	آتش سوزی و انفجار

مهر و امضاء متقاضی پیشنهاد