

## پیشنهاد بیمه آتش‌سوزی واحدهای مسکونی، صنفی، اداری و خدماتی

بیمه‌گذار محترم: با توجه به این‌که بیمه‌نامه مورد درخواست بر اساس مندرجات این پیشنهاد صادر خواهد شد، بنابراین خواهشمند است آن را با دقت مطالعه و تکمیل فرمایید.

مشخصات بیمه‌گذار	نام بیمه‌گذار	کد ملی / کد اقتصادی	نام معرف: نمایندگی / کارگزار
	نشانی و تلفن بیمه‌گذار		
	نشانی دقیق محلی که بیمه می‌گردد: شهر	خیابان	
	شماره پلاک (در صورتی که محل فاقد پلاک است، لطفاً شماره پرونده برق را یادداشت فرمایید)		
	کدپستی	تلفن ثابت	تلفن همراه
	مدت بیمه‌نامه: از ساعت ۲۴ روز / / تا ساعت ۲۴ روز / /		شماره نمابر

خطرات تحت پوشش	خطرات تحت پوشش این بیمه‌نامه: آتش‌سوزی، انفجار و صاعقه است، لطفاً خطرهای اضافی درخواستی را در جدول زیر با علامت (✓) مشخص فرمایید:
زلزله و آتش‌فشان	سقوط هواپیما، هلی‌کوپتر و قطعات آن‌ها
سیل، طغیان آب دریاها و رودخانه‌ها	شکسته شیشه
طوفان، گردباد و تندباد	نوسانات جریان برق
رانش زمین	شورش، آشوب، بلوا و اغتشاش داخلی
ضایعات ناشی از ذوب برف و آب باران	مسئولیت مالی در قبال همسایگان ناشی از
ریزش سقف ناشی از سنگینی برف	آتش‌سوزی، صاعقه و انفجار
برخورد اجسام خارجی	سایر موارد درخواستی:
	ترکیدگی لوله آب
	سرقت با شرط شکست حرز
	سقوط بهمن
	ریزش بدنه چاه آب و فاضلاب
	مسئولیت مالی در قبال همسایگان ناشی از
	آتش‌سوزی، صاعقه، انفجار و ترکیدگی لوله آب

نوع واحد	شرح مورد بیمه	ارزش به ریال	نرخ
مسکونی	۱. ساختمان: به مساحت متر مربع و تعداد طبقات به ارزش: سازه و مصالح ساخت: بتون <input type="checkbox"/> فلزی <input type="checkbox"/> آجری <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> ۲. تأسیسات: شوفاژ <input type="checkbox"/> پکیج <input type="checkbox"/> فنکول <input type="checkbox"/> آسانسور <input type="checkbox"/> سایر به ارزش ۳. اثاثیه منزل (طبق لیست پیوست) ۴. سرمایه اثاثیه منزل (تحت پوشش سرقت): تکمیل لیست اثاثیه ارزش‌گذاری شده توسط بیمه‌گذار الزامی است. ۵. مسئولیت مالی در قبال همسایگان تا سقف ۶. هزینه پاکسازی ۷. سایر به ارزش		
		جمع کل	

صنفی	شرح مورد بیمه	ارزش به ریال	نرخ
	۱. ساختمان: به مساحت متر مربع و به ارزش: سازه: بتون <input type="checkbox"/> فلزی <input type="checkbox"/> آجری <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> ۲. اثاثیه ثابت و وسایل کار (طبق لیست پیوست) ۳. موجودی (طبق لیست پیوست) ۴. مسئولیت مالی در قبال همسایگان تا سقف ۵. هزینه پاکسازی ۶. سایر به ارزش		
		جمع کل	

نوع واحد	شرح مورد بیمه	ارزش به ریال	نرخ
اداری و خدماتی	۱. ساختمان: به مساحت	متر مربع و تعداد طبقات	به ارزش:
	سازه: ■ بتون ■ فلزی ■ آجری ■ سایر		
	۲. اثاثیه مورد استفاده به ارزش		
	۳. تأسیسات به ارزش		
	۴. تجهیزات به ارزش		
	۴. مسئولیت مالی در قبال همسایگان تا سقف		
۵. هزینه پاکسازی			
۶. سایر به ارزش			
		جمع کل	

## سایر اطلاعات مورد نیاز

- در صورت نگهداری کالای آتشزا در محل مورد بیمه نوع و مقدار آن را اعلام فرمایید.
- آیا در محل بیمه شده موارد زیر وجود دارد؟
  - الف. کپسول آتش نشانی ■ بله ■ خیر
  - ب. قرقره شیلنگی (هوز ریل) ■ بله ■ خیر
- آیا مورد بیمه در سال گذشته تحت پوشش بیمه آتش سوزی قرار داشته است؟ ■ بله ■ خیر در صورت پاسخ «بله»، نام شرکت قید شود:
- آیا تاکنون برای مورد بیمه خسارتی دریافت کرده‌اید؟ ■ بله ■ خیر تاریخ، علت و میزان خسارت:

## ملاحظات مهم و قابل توجه

- بیمه‌گذار گرامی، خواهشمند است اموال خود را بر اساس قیمت واقعی (ارزش معاملاتی روز) بیمه فرمایید، در غیر این صورت با استناد به ماده ۱۰ قانون بیمه در زمان حادثه بیمه سبنا ناچار خواهد بود خسارت را به نسبت ارزش بیمه شده به ارزش واقعی پرداخت نماید.  
مثال: چنانچه ارزش واقعی مال در زمان حادثه ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال و مبلغ بیمه شده آن ۸/۰۰۰/۰۰۰ ریال و خسارت وارده ۴/۰۰۰/۰۰۰ ریال باشد، خسارت پرداختی از رابطه (ارزش واقعی ریال ÷ ارزش بیمه شده × خسارت) به مبلغ ۳/۲۰۰/۰۰۰ ریال کاهش می‌یابد.
- اعتبار پیشنهاد منوط به موافقت بیمه‌گر، پرداخت حق بیمه و صدور بیمه‌نامه است و تکمیل آن، هیچ‌گونه حقی برای بیمه‌گذار و یا تعهدی برای بیمه‌گر نخواهد داشت.
- بیمه‌گذار گرامی با سپاس از این‌که بیمه سبنا را به‌عنوان بیمه‌گر خود برگزیده‌اید، در صورت وقوع حادثه مراتب را طی فرآیند زیر به سازمان آتش نشانی و با شماره ۱۲۵ اعلام فرمایید:
  - حفظ خونسردی
  - قطع برق و گاز
  - تخلیه کارکنان
  - اعلام حادثه با تلفن ۱۲۵
  - عدم اشغال تلفن تماس
  - اطفاء مقدماتی آتش تا رسیدن نیروهای آتش نشانی
- با امضاء این برگ اعلام می‌کنم که به کلیه پرسش‌های مندرج در پیشنهاد بیمه با صداقت و حسن نیت پاسخ داده‌ام. بدیهی است در صورت اثبات هرگونه اظهار خلاف واقع و یا کتمان حقایق، مسئولیت آن متوجه اینجانب خواهد بود.

نام و امضاء بیمه‌گذار / تاریخ درخواست / نام و امضای نماینده

## نظر واحد صدور

این قسمت توسط بیمه‌گر تکمیل می‌گردد.  
ارزیابی ریسک قبل از صدور: ■ انجام شده است ■ انجام نشده است ■ نیاز به ارزیابی ریسک ندارد، با ذکر علت: