



## فرم پرسشنامه و پیشنهاد بیمه زالوی طبی

شماره سند: FM-ES-18/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست: .....

صفحه: ۱ از ۲

از شرکت بیمه آرمان (سهامی عام) درخواست می شود بیمه نامه زالوی طبی را بر اساس مندرجات این فرم پیشنهاد صادر نماید.

پیشنهاد دهنده	<p>۱- نام پرورش دهنده/ نام مرکز پرورش:</p> <p>۲- نشانی/ کد پستی:</p> <p>۳- تلفن/ دورنگار:</p> <p>۴- کد ملی/ اقتصادی:</p> <p>۵- آدرس الکترونیکی:</p>	<p>نماینده کارگزار:</p> <p>کد:</p> <p>شماره پیشنهاد:</p> <p>تاریخ پیشنهاد:</p>
مشخصات عمومی مورد بیمه	<p>۶- محدوده جغرافیایی مورد نظر برای پوشش بیمه ای:</p> <p>۷- تاریخ تاسیس مرکز پرورش:</p> <p>در صورت اجاره ای بودن مرکز پرورش، لطفا نام و نشانی مالک اصلی را ذکر نمایید:</p> <p>۸- سازمان صادر کننده مجوز/ شماره مجوز:</p> <p>۹- نوع طرح: تولید <input type="checkbox"/> پرورش <input type="checkbox"/> هر دو <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت نیاز به توضیح بیشتر مراتب را شرح دهید:</p> <p>۱۰- مدت زمان سابقه پرورش زالوی طبی:</p> <p>در صورت نیاز به توضیح بیشتر مراتب را شرح دهید:</p> <p>۱۱- حداقل و حداکثر ظرفیت تعداد پرورش و تکثیر زالوی طبی:</p> <p>۱۲- میزان تلفات زالو در مدت نگهداری:</p> <p>در صورت نیاز به توضیح بیشتر مراتب را شرح دهید:</p> <p>۱۳- مبلغ خسارت وارده در هر مورد تلفات زالوی طبی:</p> <p>در صورت نیاز به توضیح بیشتر مراتب را شرح دهید:</p>	



# فرم پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه زالوی طبی

شماره سند: FM-ES-18/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست: .....

صفحه: ۲ از ۲

مشخصات مورد بیمه

- ۱۴- تعداد زالوی طبی: ۱۵- نژاد / نوع زالو:
- ۱۶- تعداد وان: ۱۷- تعداد زالوی در هر وان:
- ۱۸- میانگین وزن زالوها: مولد ..... طبی ..... ۱۹- اندازه زالوها: مولد ..... طبی ..... ۲۰- ارزش هر زالو:
- ۲۱- ارزش سرمایه مورد بیمه: ۲۲- نوع وان:  پلاستیکی  فایبرگلاس  شیشه‌ای  سایر
- ۲۳- نوع و ابعاد وان نگهداری زالوی طبی: ۲۴- ظرفیت هر وان:

- ۲۶- آیا مکان مورد بیمه مجهز به دوربین مدار بسته می‌باشد؟  بلی  خیر
- ۲۷- آیا مکان مورد بیمه دارای نگهبان ۲۴ ساعته می‌باشد؟  بلی  خیر
- ۲۸- آیا ورود و خروج افراد به محل مورد بیمه کنترل می‌شود؟  بلی  خیر
- ۲۹- آیا اندازه‌گیری دما، pH و کلر آب به صورت روزانه انجام می‌شود؟  بلی  خیر
- ۳۰- آیا مقادیر روزانه دما، pH و کلر آب در دفاتر ثبت می‌گردد؟  بلی  خیر
- ۳۱- آیا تمایل دارید پوشش بیمه شکست ماشین آلات را خریداری نمایید؟  بلی  خیر
- در صورت تمایل لطفا جدول زیر را تکمیل نمایید..

نام دستگاه	مدل	سال ساخت	شماره شاسی / شماره موتور / شماره شناسایی	ارزش (ریال)
جمع کل				

- ۳۲- فاصله محل تا نزدیکترین رودخانه یا کانال آب چقدر است؟
- ۳۳- آیا مزرعه در مجاورت خط راه آهن، فرودگاه، یا اماکن پر سر و صدا می‌باشد؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نوع و فاصله تا محل را مشخص نمایید..
- ۳۴- آیا مزرعه در مجاورت دامداری یا مراکز پرورش سایر حیوانات می‌باشد؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نوع و فاصله تا محل را مشخص نمایید..
- ۳۵- آب مورد استفاده از چه محلی تامین می‌شود؟
- ۳۶- تعویض و تخلیه آب به چه صورت انجام می‌شود؟
- ۳۷- آیا در مزرعه کارشناس یا ناظر بهداشت حضور دارد؟ اگر بلی موقت یا دائمی بودن کارشناس را مشخص نمایید. در صورت موقت بودن چند روز در هفته؟
- ۳۸- از چه محلی زالو تهیه می‌کنید؟ نام و مشخصات شرکت تهیه کننده زالو را مشخص نمایید.

تاریخ شروع بیمه از تاریخ	تا تاریخ
مدت بیمه نامه:	

اینجانب تعهد می‌نمایم که به کلیه پرسش‌های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجاکه این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه می‌باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می‌تواند نسبت به لغو بیمه نامه یا جبران خسارت وارده براساس نظر خود اقدام نماید.

مهر و امضای پیشنهاد دهنده: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_ مهر و امضای بیمه گر: \_\_\_\_\_