



پرسشنامه بیمه مسئولیت ناشی از اجرای عملیات ساختمانی

مشخصات متقاضی									
شماره پرسشنامه: bu									
نوع شخص: حقیقی ☐ حقوقی ☐		متقاضی: ☐ کارفرما ☐ پیمانکار ☐		وضعیت: ☐ دولتی ☐ خصوصی ☐					
خانم/آقای		کد ملی							
شرکت/موسسه:		شناسه ملی		شناسه اقتصادی					
آدرس:									
تلفن:									
کدپستی		همراه		نمبر					

اطلاعات مورد بیمه

موضوع کار: آدرس محل مورد بیمه:

مساحت کل بنای جدید: تعداد کل طبقات:

حداکثر عمق گودبرداری از سطح صفر: چگونگی خاکبرداری:

وضعیت گودبرداری		نوع خاک محل اجرای پروژه		وضعیت پروژه در حال حاضر	
☐ در حال انجام است		☐ شن و ماسه		☐ تخریب نشده	
☐ شروع نشده		☐ دستی		☐ در دست تخریب	
☐ تمام شده		☐ رس		☐ تخریب شده	
☐ ندارد		☐ مخلوط		☐ زمین خالی	
		☐ دج		☐	

وضعیت سازه های اطراف محل مورد بیمه			
ضلع شمال	ضلع جنوب	ضلع شرق	ضلع غرب
☐ بتون/تمام اسکلت	☐ بتون/تمام اسکلت	☐ بتون/تمام اسکلت	☐ بتون/تمام اسکلت
☐ نیم اسکلت	☐ نیم اسکلت	☐ نیم اسکلت	☐ نیم اسکلت
☐ آجری	☐ آجری	☐ آجری	☐ آجری
☐ خشت و گل	☐ خشت و گل	☐ خشت و گل	☐ خشت و گل
☐ فضای باز	☐ فضای باز	☐ فضای باز	☐ فضای باز
آیا در این ضلع دیوار مشترک وجود دارد؟ ☐ خیر ☐ بله	آیا در این ضلع دیوار مشترک وجود دارد؟ ☐ خیر ☐ بله	آیا در این ضلع دیوار مشترک وجود دارد؟ ☐ خیر ☐ بله	آیا در این ضلع دیوار مشترک وجود دارد؟ ☐ خیر ☐ بله

سوابق بیمه ای

نام بیمه گر و شماره بیمه نامه سال قبل را درج نمائید : شرکت بیمه به شماره بیمه نامه

تعداد، نوع و مبالغ دریافتی بابت خسارات جانی و مالی از محل بیمه نامه مسئولیت عملیات ساختمانی طی سال قبل :

.....
.....

مدت بیمه نامه

پوشش بیمه ای به مدت روز، از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ درخواست می گردد.

تعهدات درخواستی

تعهدات مالی

ریال	حداکثر تعهد مالی در هر حادثه به مبلغ
ریال	حداکثر تعهد مالی در طول مدت بیمه نامه برای مجموع خسارات به مبلغ
تعهدات بدنی	
ریال	حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه به مبلغ
ریال	حداکثر هزینه های پزشکی برای اشخاص در طول مدت بیمه نامه به مبلغ
ریال	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه به مبلغ
ریال	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای اشخاص در طول مدت بیمه نامه به مبلغ

این پرسشنامه به درخواست اینجانب تکمیل و با امضای آن ضمن تصدیق مندرجات، اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سئوالات فوق با صداقت و حسن نیت جواب داده شده است و در صورت اثبات هر گونه اظهار خلاف واقع و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن مطابق مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه متوجه اینجانب می باشد.

تاریخ تکمیل : / /

مهر و امضاء نمایندگی:

نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده :

مهر و امضاء

(گزارش کارشناسی بازدید اولیه جزء لاینفک این پرسشنامه می باشد)