

پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای مهندسين طراح ، ناظر و محاسب ساختمانی

مشخصات متقاضی														
نوع شخص : ☐ حقیقی ☐ حقوقی										وضعیت : ☐ خصوصی ☐ دولتی				
خانم/آقای										کد ملی				
شرکت/موسسه										شناسه ملی				
شناسه اقتصادی										مدیر عامل				
آدرس :														
تلفن										همراه				
نمبر										کدپستی				

سوابق بیمه ای	
(۱) نام بیمه گر و شماره بیمه نامه سال قبل را درج نمائید : شرکت بیمه به شماره بیمه نامه	
(۲) تعداد، نوع و مبالغ دریافتی بابت خسارات جانی و مالی از محل بیمه نامه سال قبل :	
.....	
.....	

اطلاعات فعالیت					
(۱) جدول زیر را تکمیل نمائید :					
نام و نام خانوادگی	مسئولیت مهندس	رشته مهندسی	درجه	شماره نظام مهندسی	سایر توضیحات

(۲) با پرداخت حق بیمه اضافی هریک از پوشش های زیر قابل ارائه می باشند :

– آیا پوشش مسئولیت بیمه گذار ناشی از تعدد دیات (بیش از یک دیه) مورد درخواست است؟ ☐ بله ☐ خیر

– آیا پوشش بیمه ای افزایش دیه هر سال مازاد بر دیه خریداری شده در بیمه نامه حداکثر تا ۱ بار مورد درخواست است؟ ☐ بله ☐ خیر

– آیا پوشش بیمه ای افزایش دیه هر سال مازاد بر دیه خریداری شده در بیمه نامه حداکثر تا ۲ بار مورد درخواست است؟ ☐ بله ☐ خیر

– آیا پوشش بیمه ای افزایش دیه هر سال مازاد بر دیه خریداری شده در بیمه نامه حداکثر تا ۳ بار مورد درخواست است؟ ☐ بله ☐ خیر

– آیا جبران هزینه اعتراض به نظر کارشناس یا هیئت کارشناسی مورد درخواست است؟ ☐ بله ☐ خیر

پرسشنامه مسئولیت حرفه ای مهندسین طراح ، ناظر و محاسب ساختمانی

مدت بیمه نامه	
پوشش بیمه ای به مدت روز، از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ درخواست می گردد.	
❖ شروع تعهد بیمه گر از تاریخ صدور بیمه نامه نافذ بوده و هرگونه خسارت کشف شده یا نشده قبل از شروع تعهدات بیمه گر، مستثنی است.	
حداکثر تعهدات درخواستی	
تعهدات بدنی	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در ماههای عادی برای هر نفر و در هر حادثه به مبلغ ریال
	حداکثر غرامت فوت در ماههای حرام برای هر نفر و در هر حادثه به مبلغ ریال
	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای مجموع اشخاص در طول مدت بیمه نامه به مبلغ ریال
تعهدات مالی	حداکثر تعهد مالی در هر حادثه به مبلغ ریال
	حداکثر تعهد مالی برای مجموع خسارات در طول مدت بیمه نامه به مبلغ ریال
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 : / / ۱۳	
نام و نام خانوادگی متقاضی مهر و امضاء	
مهر و امضاء نمایندگی مهر و امضاء	