



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

متقاضی محترم با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می گردد. خواهشمند است به کلیه پرسشهای مطروحه زیر بطور دقیق و کامل پاسخ دهید.

نام و کد معرف :							
۱- مشخصات متقاضی							
۱/۱- نام متقاضی (حقوقی):				۱/۲- نام و نام خانوادگی متقاضی (حقیقی):			
۱/۱/۱- شناسه ملی :				۱/۲/۱- کد ملی :			
۱/۱/۲- کد اقتصادی :				۱/۲/۲- شماره شناسنامه :			
۱/۳- نشانی متقاضی :							
تلفن ثابت :		تلفن همراه:		نمبر:		کدپستی :	
۲-اطلاعات فنی بیمه گذار حقیقی							
۲/۱- مسئولیتهای مهندسين : <input type="checkbox"/> طراح <input type="checkbox"/> ناظر <input type="checkbox"/> محاسب <input type="checkbox"/> هر سه رشته (مدیریت کل پروژه) <input type="checkbox"/>							
۲/۲- تخصص ، درجه و پایه مهندس و متراژ سالیانه به شرح زیر تکمیل گردد :							
<input type="checkbox"/> مهندس ناظر پایه متراژ سالیانه نظارت حق الزحمه دریافتی بابت هر متر مربع							
<input type="checkbox"/> مهندس طراح پایه متراژ سالیانه طراحی حق الزحمه دریافتی بابت هر متر مربع							
<input type="checkbox"/> مهندس محاسب پایه متراژ سالیانه محاسبه حق الزحمه دریافتی بابت هر متر مربع							
۲/۳- شماره نظام مهندسی :							
۲/۴- سابقه کاری :							
۲/۵- شماره پروانه اشتغال (وزارت مسکن و شهرسازی) :							
۲/۶- شماره امضاء شهرسازی (شهرداری) :							
۳-اطلاعات فنی بیمه گذار حقوقی							
۳/۱- تعداد اعضاء و شرکاء :							
۳/۲- تاریخ و شماره ثبت شرکت :							
۳/۳- مشخصات اعضا و شرکاء به شرح جدول زیر تکمیل گردد :							
نام و نام خانوادگی	تخصص (طراح/ناظر/محاسب)	پایه	شماره نظام مهندسی	سابقه کار	شماره پروانه اشتغال (وزارت مسکن)	شماره امضا شهرسازی (شهرداری)	متراژ سالیانه



۳/۴- چنانچه متقاضی تقاضای پوشش بیمه ای بیش از یک نوع عملیات (نظارت ، محاسبه ، طراحی) را دارد آنها را مشخص نمایید :

۴- سوابق بیمه ای

۴/۱- آیا متقاضی قبلاً دارای پوشش بیمه ای بوده است ؟ در صورت مثبت بودن نام شرکت و شماره بیمه نامه سال گذشته را ذکر نمایید:

۴/۲- سوابق خسارت طی سه سال گذشته :

سال حادثه	تعداد حادثه	موضوع حادثه	مبلغ خسارت (ریال)	علت / مقصر حادثه

۵- مدت و میزان تعهدات درخواستی :

ریال	تعهدات بیمه گر
	۵/۱- تعهد بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی هر نفر در هر حادثه
	۵/۲- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه نامه
	۵/۳- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی
	۵/۴- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام
	۵/۵- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه
	۵/۶- تعهد بیمه گر برای جبران خسارت مالی در هر حادثه
	۵/۷- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران خسارت مالی در طول مدت بیمه نامه
	۵/۸- مدت زمان پوشش بیمه مورد درخواست: ماه از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز

۵/۹- چنانچه متقاضی پوشش بیمه ای (دوره تامین) بیش از یکسال (پس از انقضای بیمه نامه) برای هر ساختمان مورد نظارت ، محاسبه و طراحی هستتید مدت آن را مشخص نمایید سال

اینجانب بدینوسیله اعلام میدارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است . همچنین موافقت می شود که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.

نام و امضای متقاضی :

تاریخ :