

کد مدرک:

LAF026

بیمه سامان

فرم پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت حرفه ای وکلای دادگستری



شماره صفحه	شماره تجدید نظر	تاریخ	شرح تغییرات
کلیه صفحات	۰۰	۸۹/۱۰/۲۰	صدور اولیه
کلیه صفحات	۰۱	۹۷/۰۳/۲۳	اضافه شدن آیتم های « حداکثر تعهد بیمه گر برای مبلغ حق الزحمه در مورد هر ادعای حقوقی » و « حداکثر تعهد بیمه گر برای مبلغ حق الزحمه در طول مدت بیمه نامه » به تعهدات مورد درخواست بیمه گذار، اضافه نمودن محدوده تعهدات بیمه گر (سرحدات ایران) اضافه شدن آیتم های ۹،۸،۷،۶،۵،۳،۲،۱ به سوابق متقاضی (بیمه گذار)، اضافه شدن حجم فعالیت های صورت گرفته در دفتر حقوقی و درآمد متقاضی به اطلاعات مورد بیمه، اضافه شدن بخش پرسنل دفتر حقوقی شامل تعداد پرسنل و مشخصات پرسنل و بروزرسانی قالب فرم

تهیه کننده/بازنگری کننده	تأیید کننده		تصویب کننده
مدیر بیمه های مسئولیت	مدیر معماری سازمانی	معاون فنی	مدیر عامل
نام: <i>علی صرغی</i>	نام: <i>مزار شریفی</i>	نام: <i>سری فتحی</i>	نام: <i>[Signature]</i>
تاریخ و امضاء: <i>۲۷/۱۰/۹۷</i>	تاریخ و امضاء: <i>۲۷/۱۰/۹۷</i>	تاریخ و امضاء: <i>۹۷/۱۰/۲۳</i>	تاریخ و امضاء: <i>۹۷/۱۰/۲۳</i>

توجه: مدارکی دارای اعتبار اجرایی هستند که مهر آبی " اعتبار دارد " داشته باشند.



مشخصات متقاضی (بیمه گذار)

نام بیمه گذار : شناسه ملی (الزامی است) :

شماره پروانه وکالت : شماره شناسنامه :

تاریخ صدور پروانه وکالت : ۱۳ / / سابقه کاری : سال

نشانی دفتر کار بیمه گذار :

تلفن ثابت : تلفن همراه : نامبر : کد پستی :

نشانی محل سکونت بیمه گذار :

تلفن ثابت : کد پستی :

سوابق متقاضی (بیمه گذار)

۱. آیا متقاضی (حقوقی)، شعبه یا شعبه های دیگری نیز دارد؟ بلی خیر
در صورتی که شعبه/شعبه های دیگری وجود دارد لطفاً نشانی و اطلاعات تماس آنها را ذکر نمائید.
نشانی شعبه :
- تلفن ثابت : تلفن همراه : نامبر : کد پستی :
- * در صورتی که بیش از یک شعبه وجود دارد، لطفاً نشانی و اطلاعات تماس آنها را مطابق با موارد فوق، در پشت پرسشنامه ذکر کرده و امضاء نمائید.
۲. آیا در پنج سال گذشته، نام متقاضی (حقوقی) تغییر کرده و یا ادغامی صورت گرفته و یا توسط شرکت دیگری خریداری شده است؟
 خیر در صورتی که هر یک از موارد فوق الذکر اتفاق افتاده است، لطفاً با جزئیات شرح دهید.
.....
۳. آیا متقاضی (حقیقی یا حقوقی) یا مدیران و پرسنل مدیریتی آن، سمت مالی در بانک، موسسات مالی و اعتباری یا موسسات املاک دارند یا به عنوان مجری، وکیل یا مدیر حقوقی در شرکت دیگری فعالیت دارند؟ بلی خیر
۴. آیا تاکنون بیمه نامه ای برای این فعالیت داشته اید؟ بلی خیر
نام بیمه گر : میزان تعهدات (ریال) :
- در صورتی که بیمه گر سامان باشد، شماره بیمه نامه :
۵. آیا در گذشته درخواست بیمه نامه ای برای این فعالیت داشته اید که توسط شرکت بیمه ای رد شده باشد؟ بلی خیر
در صورتی که پاسخ بلی است، لطفاً شرح دهید.
.....
۶. آیا بیمه گر قبلی، به منظور تمدید بیمه نامه، حق بیمه بیشتری را مطالبه کرده بود؟ بلی خیر
در صورتی که پاسخ بلی است، لطفاً شرح دهید.
.....
۷. آیا بیمه نامه قبلی، نیازمند اعمال شرایط خاصی بود؟ بلی خیر
در صورتی که پاسخ بلی است، لطفاً شرح دهید.
.....
۸. آیا بیمه نامه قبلی، توسط بیمه گر فسخ شده یا بازبینی نشده است؟ بلی خیر
در صورتی که پاسخ بلی است، لطفاً شرح دهید.
.....

فرم پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت حرفه ای وکلای دادگستری

۹. آیا بیمه گذار از شرایط و اتفاقاتی که می تواند منجر به شکایت علیه ایشان شود، آگاهی دارد؟ بلی خیر
در صورتی که پاسخ بلی است، لطفاً شرح دهید.

اطلاعات مورد بیمه

سال	سال	سال
.....

۱. تعداد قرارداد وکالت در سه سال گذشته :

۲. تعداد، موضوع و مبالغ پرداختی ناشی از اشتباه و قصور حرفه ای متقاضی به موکلین در سه سال گذشته را نام ببرید :

موضوع مورد ادعا	مبالغ پرداختی یا در جریان رسیدگی (ریال)
.....
.....
.....

۳. لطفاً حجم فعالیت های صورت گرفته در دفتر حقوقی را بصورت نسبت از درآمد کل به تفکیک موارد زیر مشخص نمایید :

ردیف	عنوان	نسبت از درآمد کل (درصد)
۱	دعوی قضائی
۲	پرونده های املاک و مستغلات
۳	املاک
۴	پرونده های جزائی
۵	مقالات
۶	موضوعات تجاری
۷	سایر موارد
مجموع :		۱۰۰٪

۴. آیا خارج از مرزهای رسمی کشور، فعالیت حقوقی انجام می دهید؟ بلی خیر
در صورتی که خارج از مرزهای رسمی کشور، فعالیت حقوقی انجام می دهید، نام کشورها، سهم نسبی از کل کسب و کار و روش انجام این فعالیتها را شرح دهید.

۵. درآمد متقاضی :

- درآمد کل متقاضی در سال مالی گذشته (ریال) :

- درآمد کل متقاضی در سال مالی جاری (پیش بینی) (ریال) :

- درآمد کل متقاضی در سال مالی آینده (پیش بینی) (ریال) :

پرسنل دفتر حقوقی

۱. تعداد پرسنل :

پرسنل فنی : تعداد وکلا :

تعداد مدیران حقوقی :

تعداد دستیاران حقوقی :

سایر پرسنل فنی (به تفکیک مشخص نمایید) :

پرسنل غیرفنی / مدیریتی : تعداد کل پرسنل غیرفنی / مدیریتی :

۲. مشخصات پرسنل :

مشخصات، گواهینامه ها و سوابق فعالیت پرسنل متقاضی (حقوقی) را در جدول زیر ذکر نمایید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت	گواهینامه ها	تاریخ دریافت گواهینامه	کل سابقه کاری حرفه ای (ماه)	سابقه کاری در دفتر (ماه)

* در صورتی که تعداد پرسنل، بیش از ۵ نفر می باشند، مشخصات آنها را مطابق فیلدهای جدول فوق الذکر در پشت پرسشنامه درج و امضاء نمایید.

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

مدت بیمه نامه: روز. تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳ تا تاریخ انقضاء: تا ساعت ۲۴ روز / / ۱۳

پوششها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
حداکثر تعهد بیمه گر برای مبلغ حق الزحمه در مورد هر ادعای حقوقی	
حداکثر تعهد بیمه گر برای مبلغ حق الزحمه در طول مدت بیمه نامه	
حداکثر تعهد بیمه گر برای خسارت مالی در مورد هر ادعای حقوقی	
حداکثر تعهد بیمه گر برای خسارت مالی در طول مدت بیمه نامه	

** بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می باشد و موافقت می نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.**

- بیمه گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

- بیمه گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

- تعهدات بیمه گر اولاً محدود به داخل کشور ایران در نقاط مورد توافق و قبول بیمه گر و بیمه گذار است و بیمه نامه در خارج از سرحدات ایران و نقاط غیر از محدوده مندرج در شرایط خصوصی دیگر فاقد اعتبار می باشد.

** به اطلاع می رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه گذار بیمه نامه صادر خواهد گردید. **

نماینده/کارگزار:
مهر، امضاء و تاریخ

بیمه گذار:
مهر، امضاء و تاریخ