



LAF ۰۹۰

تجدید نظر: ۰۰

صفحه: ۱ از ۲

بیمه سامان



فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای مهندسین نقشه بردار

### مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

نام و نام خانوادگی: ..... تاریخ تولد: ..... / ..... / ۱۳ ..... شماره ملی (الزامی است): .....  
سابقه کار در حرفه‌ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید:

نشانی دفتر کار بیمه گذار: .....

تلفن ثابت: ..... تلفن همراه: ..... دورنگار: ..... کد پستی: .....

نشانی محل سکونت بیمه گذار: .....

تلفن ثابت: ..... دورنگار: ..... کد پستی: .....

آیا تا کنون بیمه‌نامه مسئولیت برای این فعالیت خریداری نموده‌اید؟ بلی  خیر

نام بیمه گر: ..... در صورتی که بیمه گر سامان باشد، شماره بیمه نامه: .....

نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه:

.....

تعداد نقشه برداری های انجام شده در سال گذشته: .....

لطفاً متراژ موارد نقشه برداری شده در سال گذشته (به تفکیک نوع نقشه) را اعلام نمائید:

نقشه برداری زمینی: ..... متر  نقشه برداری جاده: ..... متر  نقشه برداری خطوط ریلی: ..... متر

سایر موارد: .....

لطفاً نوع اماکن نقشه برداری شده همانند زمین، خیابان، جاده و ... را نام ببرید: .....

.....

کارمزد دریافتی در سال گذشته: ..... ریال

### مشخصات عمومی مورد بیمه

نوع مجوز/پروانه نقشه برداری:  مجوز فعالیت شهرداری  شماره مجوز فعالیت شهرداری: .....

پروانه نظام مهندسی  شماره پروانه نظام مهندسی: .....

کارشناس رسمی دادگستری  شماره عضویت کارشناس رسمی دادگستری: .....

ابزار نقشه برداری:  متر  دوربین  کوادکوپتر دوربین دار  نقشه برداری هوایی (فتوگرامتری)

سایر موارد: .....

نوع پوشش بیمه نامه:  پروژه ای (پوشش بیمه نامه مختص یک پروژه می باشد)

سالیانه (پوشش بیمه نامه برای کلیه پروژه های انجام شده توسط بیمه گذار طی یکسال می باشد)

مشخصات پروژه: دوره پروژه: ..... ماه

توصیف پروژه: .....

LAF۰۹۰

تجدید نظر: ۰۰

صفحه: ۲ از ۲

بیمه سامان



### فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای مهندسین نقشه بردار

آیا در سه سال گذشته خسارتی رخ داده است؟  بلی  خیر

در صورتی که پاسخ مثبت است سابقه خسارت در ۳ سال گذشته را با ذکر علت حادثه و مبلغ خسارت مشخص نمایید.

ردیف	سال حادثه	تعداد حادثه	نام بیمه گر قبلی	نوع حادثه (فوت/نقص عضو/هزینه پزشکی)	مبلغ خسارت (ریال)	علت/مقصر حادثه

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

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

پوششها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
حداکثر خسارت مالی در هر حادثه	
حداکثر خسارت مالی در طول مدت بیمه	

\*\* بدینوسیله اعلام می‌دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می‌باشد و موافقت می‌نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.\*\*

- بیمه‌گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه‌نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

- بیمه‌گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

\*\* به اطلاع می‌رساند تکمیل پر س شنامه به منزله صدور بیمه‌نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه‌گذار بیمه‌نامه

صادر خواهد گردید. \*\*

نماینده/کارگزار:

مهر، امضاء و تاریخ

بیمه گذار:

مهر، امضاء و تاریخ