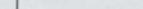


کد مدرک: <b>LAF096</b>	بیمه سامان فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه‌ای پیمانکاران ارزیاب خسارت	 <b>بیمه سامان</b> <small>Saman Insurance</small>
---------------------------	---	--

تصویب کننده

تأیید کننده

تنهه کننده/بازنگری کننده

مدیر عامل

معاون فنی

مدیریت سهمه های مسئولیت

8

1

iel

9V<sub>A</sub> 9

تاریخ و امضاء:

خ وامضاء:

تاریخ و

تاریخ و امضاء:

توجه: مدارک داده احتیاج نداشته باشند.



LAF.۹۶

تجدید نظر: ..  
صفحه: ۱ از ۲

بیمه سامان

## فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه‌ای پیمانکاران ارزیاب خسارت



## مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

بیمه‌گذار حقوقی	بیمه‌گذار حقیقی
نام ( مؤسسه، شرکت، سازمان): ..... نوع مالکیت : دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> تعاونی <input type="checkbox"/> تاریخ تأسیس: / / ۱۳ شماره ثبت: ..... شناسه ملی / کد اقتصادی (الزامی است) : ..... سابقه کار در حرفه‌ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارد:	نام و نام خانوادگی: ..... تاریخ تولد: ۱۳ / / ..... شماره ملی (الزامی است): ..... تلفن همراه: ..... سابقه کار در حرفه‌ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارد:

نام متقاضی (بیمه‌گذار): ..... تلفن: ..... کدپستی: ..... دورنگار: ..... تلفن همراه: ..... نام محل فعالیت: ..... تلفن: ..... کدپستی: ..... دورنگار: ..... تلفن همراه: ..... موضوع فعالیت و نحوه انجام کار: ..... ..... ..... .....
---

نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه: .....  
.....  
.....

 خیر بلهآیا تا کنون بیمه‌نامه مسئولیت برای این فعالیت خریداری نموده‌اید؟ بله 

در صورتیکه پاسخ مثبت است اطلاعات بیمه نامه را ذکر نمائید:

نام بیمه گر: .....  
در صورتی که بیمه گر سامان باشد، شماره بیمه نامه: ..... خیر بلهآیا در سه سال گذشته خسارتی رخداده است؟ بله 

در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید.

نام شرکت‌های بیمه طرف قرارداد: .....  
.....  
.....

تعداد پرونده‌های مورد بررسی در سه سال اخیر: .....

مجموع مبلغ دریافتی در طول یکسال اخیر(ریال): .....

تعداد پرسنل(در خصوص بیمه‌گذاران حقوقی): .....

مدرک تحصیلی: .....

دوره‌های تخصصی و توجیهی گذرانده شده: .....

LAF ۰۹۶

تجدید نظر: ..  
صفحه: ۲ از ۲

بیمه سامان

## فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه‌ای پیمانکاران ارزیاب خسارت



تذکر: در صورتی که تعداد پرسنل پیمانکار ارزیاب خسارت بیش از یک نفر می‌باشد، لطفاً لیست مدارک تحصیلی و دوره‌های تخصصی و توجیهی گذرانده شده به تفکیک هر یک از پرسنل راضمیمه پرسشنامه نمایید.

آیا پیمانکار ارزیاب خسارت دارای شعبه می‌باشد(در خصوص بیمه گذاران حقوقی)؟  بلی  خیر  
در صورتی که پاسخ مثبت است لطفاً آدرس شعب را ذکر فرمایید.

نحوه ارائه گزارش ارزیابی خسارت به بیمه گذار و بیمه گر را شرح دهید.

سوابق اختلاف نظر در خصوص گزارش ارزیابی با شرکت‌های بیمه طرف قرارداد و بیمه گذاران طی پنج سال گذشته را شرح دهید.

سایر توضیحات:

## مدت زمان مورد درخواست بیمه‌نامه

مدت بیمه‌نامه: ..... روز. تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳ تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳

## پوشش‌ها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه‌گذار

تعهدات مورد درخواست بیمه‌گذار	تعهد به ریال
حداکثر خسارت مالی برای هر نفر در هر ادعا	
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 محترمانه تلقی نماید.

\* به اطلاع می‌رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه‌نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه‌گذار بیمه‌نامه صادر خواهد گردید. \*\*

نماينده/كارگزار:  
مهر، امضاء و تاريخ

بیمه‌گذار:  
مهر، امضاء و تاريخ