پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای
حسابداران و حسابرسان رسمی

بیمه ایران

مدیریت کل بیمه های مسئولیت و حمل و نقل

الف) مشخصات پیشنهاد دهنده

شخص حقوقی ○	شرکت/موسسه	کد اقتصادی	
	نام مدیر عامل	شناسه ملی	
شخص حقیقی ○	خانم/ آقای	کدملی	
	تاریخ تولد : / / ۱۳	ش. شناسنامه	

نشانی اقامتگاه قانونی : ..... کد پستی .....

تلفن		نمابر		همراه	

ب) سوابق بیمه ای

۱. آیا طی یکسال گذشته بیمه نامه مسئولیت حرفه ای حسابداران و حسابرسان داشته اید؟ بله ☐ خیر ☐

در صورت مثبت بودن پاسخ، نام شرکت بیمه، شماره بیمه نامه و تاریخ انقضای آن را درج نمائید : .....

۲. تعداد قراردادهای حسابداری و حسابرسی شده در سه سال گذشته را درج نمائید: .....

.....

۳. آیا طی سه سال گذشته خسارت و یا ادعایی علیه شما توسط مراجع ذیصلاح صورت پذیرفته است؟ بله ☐ خیر ☐

در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد ادعا ، علت و مبلغ خسارت را به تفکیک سال درج نمائید : .....

.....

ج) فعالیت تحت پوشش

۱. فعالیت خود را به اختصار شرح دهید : .....

.....

۲. اطلاعات زیر را در رابطه با نوع فعالیت حرفه ای خود درج نمائید :

- نوع تخصص : حسابدار رسمی شاغل ☐ حسابدار رسمی غیر شاغل ☐ موسسه حسابرسی ☐
- سابقه فعالیت / خدمت ..... سال
- شماره یا کد فعالیت .....

۳. نشانی دفتر کار: ..... کدپستی .....

د) تعهدات درخواستی

حداکثر تعهد مالی بیمه گر در هر حادثه تا مبلغ	..... ریال
حداکثر تعهد مالی بیمه گر در طول مدت بیمه نامه تا مبلغ	..... ریال

هـ) مدت بیمه نامه

بیمه نامه به مدت ..... روز، از ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳ تا ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳ درخواست می گردد.

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 پیشنهاد دهنده : ..... مهر و امضای بیمه گر .....

مهر و امضاء .....

توجه : هرگونه ادعای خسارت مربوط به قبل از تاریخ شروع بیمه نامه، فاقد پوشش می باشد.