



## پرسشنامه بیمه مسئولیت ناشی از اجرای عملیات ساختمانی

### مشخصات متقاضی

شماره پرسشنامه: bu .....

نوع شخص: حقیقی <input type="checkbox"/> حقوقی <input type="checkbox"/>	متقاضی: <input type="checkbox"/> کارفرما <input type="checkbox"/> پیمانکار <input type="checkbox"/>	وضعیت: <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/>
خانم/آقای .....		کدملی
شرکت/موسسه: .....	شناسه ملی: .....	شناسه اقتصادی: .....
آدرس: .....		
تلفن: .....		
کدپستی: .....	همراه: .....	نمبر: .....

### اطلاعات مورد بیمه

موضوع کار: ..... آدرس محل مورد بیمه: .....

مساحت کل بنای جدید: ..... تعداد کل طبقات: .....

حداکثر عمق گودبرداری از سطح صفر: ..... چگونگی خاکبرداری: .....

وضعیت گودبرداری	نوع خاک محل اجرای پروژه	وضعیت پروژه در حال حاضر
<input type="checkbox"/> در حال انجام است	<input type="checkbox"/> شن و ماسه	<input type="checkbox"/> تخریب نشده
<input type="checkbox"/> شروع نشده	<input type="checkbox"/> دستی	<input type="checkbox"/> در دست تخریب
<input type="checkbox"/> تمام شده	<input type="checkbox"/> رس	<input type="checkbox"/> تخریب شده
<input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> مخلوط	<input type="checkbox"/> زمین خالی
	<input type="checkbox"/> دج	<input type="checkbox"/> .....

### وضعیت سازه های اطراف محل مورد بیمه

ضلع شمال	ضلع جنوب	ضلع شرق	ضلع غرب
<input type="checkbox"/> بتون/تمام اسکلت	<input type="checkbox"/> بتون/تمام اسکلت	<input type="checkbox"/> بتون/تمام اسکلت	<input type="checkbox"/> بتون/تمام اسکلت
<input type="checkbox"/> نیم اسکلت	<input type="checkbox"/> نیم اسکلت	<input type="checkbox"/> نیم اسکلت	<input type="checkbox"/> نیم اسکلت
<input type="checkbox"/> آجری	<input type="checkbox"/> آجری	<input type="checkbox"/> آجری	<input type="checkbox"/> آجری
<input type="checkbox"/> خشت و گل	<input type="checkbox"/> خشت و گل	<input type="checkbox"/> خشت و گل	<input type="checkbox"/> خشت و گل
<input type="checkbox"/> فضای باز	<input type="checkbox"/> فضای باز	<input type="checkbox"/> فضای باز	<input type="checkbox"/> فضای باز
آیا در این ضلع دیوار مشترک وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا در این ضلع دیوار مشترک وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا در این ضلع دیوار مشترک وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا در این ضلع دیوار مشترک وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

## سوابق بیمه ای

نام بیمه گر و شماره بیمه نامه سال قبل را درج نمائید: شرکت بیمه ..... به شماره بیمه نامه .....

تعداد، نوع و مبالغ دریافتی بابت خسارات جانی و مالی از محل بیمه نامه مسئولیت عملیات ساختمانی طی سال قبل:

.....  
.....

## مدت بیمه نامه

پوشش بیمه ای به مدت ..... روز، از ساعت ۲۴ مورخ ..... تا ساعت ۲۴ مورخ ..... درخواست می گردد.

## تعهدات درخواستی

### تعهدات مالی

ریال .....	- حداکثر تعهد مالی در هر حادثه به مبلغ
ریال .....	- حداکثر تعهد مالی در طول مدت بیمه نامه برای مجموع خسارات به مبلغ
<h3>تعهدات بدنی</h3>	
ریال .....	- حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه به مبلغ
ریال .....	- حداکثر هزینه های پزشکی برای اشخاص در طول مدت بیمه نامه به مبلغ
ریال .....	- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه به مبلغ
ریال .....	- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای اشخاص در طول مدت بیمه نامه به مبلغ

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: ..... / ..... / .....

نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده: .....  
مهر و امضاء

مهر و امضاء نمایندگی: .....

( گزارش کارشناسی بازدید اولیه جزء لاینفک این پرسشنامه می باشد )