



فرم پیشنهاد مسئولیت حرفه ای مهندسان

سازمان نظام مهندسی ساختمان

کد مدرک: FO-LB-۴۰/۰۰

شماره:

تاریخ:

متقاضی گرامی! با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می شود، خواهشمندیم موارد درخواست شده را بصورت کامل، دقیق و خوانا پاسخ داده و هیچ یک را بدون پاسخ یا خط تیره نگذارید. اگر سوالی غیر مرتبط می باشد در مقابل آن علامت ⊗ بگذارید.

موضوع بیمه عبارت است از بیمه مسئولیت حرفه ای بیمه گذار در قبال مالکان، اشخاص ثالث و کارکنان اجرائی پروژه های ساختمان سازی، بدین معنی که چنانچه در نتیجه قصور، خطا، غفلت و یا اشتباه حرفه ای بیمه گذار در ساختمانیهایی که مسئول آنها می باشد، در هنگام انجام عملیات ساختمانی آسیب بدنی به کارگران و یا مالک و یا آسیب بدنی و مالی به اشخاص ثالث وارد آید و بیمه گذار قانوناً مقصر شناخته شود، بیمه گر پس از احراز مسئولیت بیمه گذار نسبت به جبران خسارت اقدام می نماید.

مشخصات بیمه گذار	نام پیشنهاد دهنده :				کد ملی/کد ثبت :	
	شماره شناسنامه :		نام پدر:		تاریخ تولد/تاسیس : روز ماه سال	
	تلفن /تلفن همراه:		کد پستی :		نماینده/کارگزار:	
	نشانی :				کد :	
سوابق حرفه ای	رشته تحصیلی	سابقه کار (سال)	شماره عضویت نظام مهندسی	شماره پروانه اشتغال	پایه مهندس	
پیشینه خسارت	نوع تخصص(های)ی که دارید و می خواهید مسئولیت خود ناشی از آن (ها) تحت پوشش بیمه قرار گیرد را مشخص فرمایید :					
	طراحی ☐ محاسبه ☐ نظارت ☐ اجرا ☐ هر چهار رشته (مدیریت کل پروژه ساختمانی) ☐ تاسیسات مکانیکی ☐ تاسیسات برقی ☐ سایر موارد ☐ :					
تعهدات درخواستی بیمه گذار	تعداد، موضوع و مبالغ پرداختی ناشی از مسئولیت خود به مالکان ساختمانها، کارگران ساختمانی و اشخاص ثالث در سه سال گذشته را بنویسید :					
	حداکثر تعهد مورد درخواست برای هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه: ریال. حداکثر تعهد مورد درخواست برای هزینه پزشکی در طی دوره بیمه: ریال. حداکثر تعهد مورد درخواست برای غرامت فوت و نقص برای هر نفر در هر حادثه: ریال. حداکثر تعهد مورد درخواست برای غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام: ریال. حداکثر تعهد مورد درخواست برای غرامت های فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه : ریال. حداکثر تعهد مورد درخواست برای خسارت مالی در هر حادثه : ریال. حداکثر تعهد مورد درخواست برای خسارت مالی در طی دوره: ریال.					

آیا بیمه گذار مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر می باشد ؟

- دیه دوم یا بیشتر تا سقف مبلغ ریال در طی دوره بیمه. ☐ بلی ☐ خیر
- پرداخت غرامت فوت و نقص عضو بدون رای دادگاه. ☐ بلی ☐ خیر
- پرداخت هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه وزارت بهداشت و در حد متعارف تا سقف تعهدات درخواستی. ☐ بلی ☐ خیر
- مطالبات تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی برای هر نفر ریال تا سقف نفر. ☐ بلی ☐ خیر
- جبران مابه التفاوت افزایش دیه پس از وقوع حادثه مشروط بر به روز بودن مبلغ دیه بیمه نامه در زمان حادثه. ☐ بلی ☐ خیر
- تعداد افزایش مورد درخواست را مشخص کنید: یکبار ☐ دو بار ☐ سه بار ☐
- افزایش مدت پوشش بیمه ای مورد تقاضا بیش از یک سال مشروط به اینکه حادثه در حین عملیات ساختمانی و یا در زمان بهره برداری رخ دهد. ☐ بلی ☐ خیر * مدت افزایش مورد درخواست را مشخص کنید: دوسال ☐ سه سال ☐ چهار سال ☐ پنج سال ☐
- پوشش بیمه ای حوادثی که در مدت اعتبار این بیمه نامه رخ دهد و مربوط به پروانه هایی باشد که عملیات ساختمانی آنها قبل از صدور بیمه نامه آغاز گردیده و تاکنون پایان نیافته است. در صورت پاسخ مثبت، مدت پوشش بیمه ای سال های قبل را مشخص نمایید: سال. (حداکثر تا سقف ۵ سال) ☐ بلی ☐ خیر
- پوشش بیمه ای حوادثی که در مدت اعتبار این بیمه نامه رخ دهد و مربوط به پروانه هایی باشد که عملیات ساختمانی آنها قبل از صدور بیمه نامه آغاز گردیده و در حال حاضر نیز پایان یافته است. در صورت پاسخ مثبت، مدت پوشش بیمه ای سال های قبل را مشخص نمایید: سال. (حداکثر تا سقف ۱۵ سال) ☐ بلی ☐ خیر

روز	به مدت	تا ساعت ۲۴ مورخ	از ساعت ۲۴ مورخ	ردیف
-----	--------	-----------------	-----------------	------

اینجانب تعهد می نمایم که به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی مهندسین ناظر، طراح و محاسب ساختمانی می باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند نسبت به لغو بیمه نامه اقدام نماید.

نام و امضاء پیشنهاد دهنده:

تاریخ: / / ۱۴

امضاء و مهر نماینده/کارگزار: