



فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت حرفه‌ای مهندسين ناظر، طراح، محاسب و مجری ذیصلاح

Fo-[In-1440-07]-01-00

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۰/۲۶

نمایندگی / کارگزار:

مشخصات عمومی پیشنهاد دهنده

نام پیشنهاد دهنده:	کد ملی / شناسه ملی:	تاریخ تولد / تأسیس: روز	ماه	سال
نشانی پیشنهاد دهنده:				
کدپستی:	تلفن همراه:			
نوع مالکیت شرکت:	☐ دولتی	☐ خصوصی		

مشخصات اعضاء و شرکا

نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی (طراح، محاسب، ناظر)	سابقه کار (سال)	شماره نظام مهندسی و درجه مهندس	شماره پروانه اشتغال (وزارت مسکن و شهرداری)	شماره امضا شهرداری (شهرداری)

مسئولیت‌های مهندس/مهندسين: ☐ طراحی ☐ محاسبه ☐ نظارت ☐ هر سه رشته (مدیریت کل ساختمان) ☐ اجرا

مترائ سالبانه: طراحی: متر محاسبه: متر نظارت: متر هر سه رشته: متر اجرا: متر

آیا برای این فعالیت در سال گذشته بیمه‌نامه مسئولیت داشته‌اید؟ ☐ بله ☐ خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت بیمه‌گر، شماره بیمه‌نامه سال قبل، تاریخ شروع و انقضاء بیمه‌نامه و سابقه عدم خسارت، یا در صورت دریافت خسارت، علت خسارت و مبلغ آن درج گردد

تعداد حوادث و موضوع مبالغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت پیشنهاد دهنده به مالکین ساختمان‌ها، کارگران ساختمانی و اشخاص ثالث در ۳ سال گذشته به تفکیک هر حادثه شرح داده شود. (موضوع ادعا و مبالغ پرداختی)

اعتبار این پیشنهاد منوط به صدور بیمه‌نامه است و این پیشنهاد به‌تنهایی موجب هیچ‌گونه حقی برای بیمه‌گذار و یا منشأ هیچ‌گونه تعهدی برای بیمه‌گر نخواهد بود. در صورت وجود اختلاف در متن بیمه‌نامه و فرم پیشنهاد، بیمه‌نامه حاکمیت خواهد داشت.

اینجانب بدین وسیله تأیید و اعلام می‌دارم کلیه اظهارات مندرج در این فرم کاملاً صحیح بوده و هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه‌نامه خواهد شد. همچنین در صورت هرگونه تغییرات در شرایط مورد بیمه بلافاصله، شرکت بیمه را در جریان امر قرار خواهم داد.

نام و امضای پیشنهاد دهنده:	امضا و مهر نماینده / کارگزار	تاریخ:
----------------------------	------------------------------	--------



فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت حرفه‌ای مهندسین ناظر، طراح، محاسب و مجری ذیصلاح

Fo-[In-1440-07]-01-00

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۰/۲۶

مبلغ (ریال)		حداکثر پوشش‌های بیمه‌ای مورد درخواست
ریال	ریال	هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه
ریال	ریال	هزینه‌های پزشکی در طول مدت بیمه
ریال	ریال	غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماه‌های عادی
ریال	ریال	غرامت فوت هر نفر در هر حادثه در ماه‌های حرام
ریال	ریال	غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه
ریال	ریال	حداکثر تعهد خسارت مالی در هر حادثه
ریال	ریال	حداکثر تعهد خسارت مالی در طول مدت بیمه
مدت بیمه روز		از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز
آیا مایل به اخذ پوشش‌های تکمیلی زیر هستید؟		
بله	خیر	۱. پوشش بیمه‌ای تعدد دیات و دیات غیرمصری در صورتی که پاسخ مثبت است: حداکثر تعهد بیمه‌گر برای هر نفر در هر حادثه: ریال و در طول مدت بیمه‌نامه: ریال ۲. مطالبات احتمالی سازمان تأمین اجتماعی (موضوع تبصره یک ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی) در صورتی که پاسخ مثبت است: حداکثر مبلغ مورد درخواست برای هر نفر در هر حادثه: ریال و در طول مدت بیمه‌نامه: ریال ۳. پوشش بیمه‌ای حادثه شخص بیمه‌گذار یا صاحبکار در صورتی که پاسخ مثبت است: مبلغ مورد درخواست بابت هزینه‌های پزشکی مربوط به هر مهندس: ریال و مبلغ مورد درخواست بابت غرامت فوت و نقص عضو مربوط به هر مهندس: ریال ۴. پوشش بیمه‌ای پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه ۵. پرداخت هزینه‌های پزشکی بدون اعمال تعرفه وزارت بهداشت و درمان ۶. جبران مابه‌التفاوت افزایش دیه برای سال‌های آتی در صورتی که پاسخ مثبت است تعداد را انتخاب نمایید: ☐ یک بار ☐ دو بار ☐ سه بار ☐ چهار بار ☐ پنج بار ☐ شش بار ☐ هفت بار ☐ هشت بار ☐ نه بار ☐ ده بار ۷. پوشش افزایش مرور زمان (مشروط بر اینکه منشأ وقوع خسارت در مدت اعتبار بیمه‌نامه باشد) در صورتی که پاسخ مثبت است تعداد سال‌ها را انتخاب نمایید: سال ☐ چهار سال ☐ پنج سال ۸. پوشش بیمه‌ای برای پروژه‌های سال‌های گذشته (پایان یافته، نیمه‌کاره، در حال بهره‌برداری و در حال اجرا) مشروط بر اینکه منشأ وقوع خسارت در مدت اعتبار بیمه‌نامه باشد. ۹. حذف فرانشیز هزینه‌های پزشکی ۱۰. پوشش افزایش دوره تأمین بیمه‌نامه در صورتی که پاسخ مثبت است تعداد را انتخاب نمایید: ☐ یک بار ☐ دو بار ☐ سه بار ☐ چهار بار ☐ پنج بار ☐ شش بار ☐ هفت بار ☐ هشت بار ☐ نه بار ☐ ده بار
بیمه‌گذار محترم، چنانچه پوشش بیمه‌ای خاصی در ارتباط با موضوع کار خود در نظر دارید لطفاً اعلام فرمایید:		
اعتبار این پیشنهاد منوط به صدور بیمه‌نامه است و این پیشنهاد به‌تنهایی موجب هیچ‌گونه حقی برای بیمه‌گذار و یا منشأ هیچ‌گونه تعهدی برای بیمه‌گر نخواهد بود. در صورت وجود اختلاف در متن بیمه‌نامه و فرم پیشنهاد، بیمه‌نامه حاکمیت خواهد داشت.		
اینجانب بدین وسیله تأیید و اعلام می‌دارم کلیه اظهارات مندرج در این فرم کاملاً صحیح بوده و هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه‌نامه خواهد شد. همچنین در صورت هرگونه تغییرات در شرایط مورد بیمه بلافاصله، شرکت بیمه را در جریان امر قرار خواهم داد.		
نام و امضای پیشنهاد دهنده:		امضا و مهر نماینده/ کارگزار
		تاریخ: