

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای مهندسين طراح , ناظر و محاسب پروژه‌های ساختمانی

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان
گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
تلفن: ۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱
نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

شماره فرم: DL - FR-751-55

صفحه: ۱ از ۲

مشخصات عمومی

- ۱- نام کامل بیمه گذار (حقیقی / حقوقی):
 کد اقتصادی (شخص حقوقی) / تاریخ تولد (حقیقی):
 شماره ملی / شناسه ملی:
 نام کارگزار و کد کارگزاری / نماینده و کد نمایندگی:
- ۲- نشانی دقیق، کد پستی و تلفن بیمه گذار:

۳- سابقه خسارت: ندارم دارم (در صورت انتخاب این گزینه خواهشمند است جدول زیر را تکمیل فرمایید).

۴- تعداد حوادث در ۳ سال گذشته و شرح نوع حوادث:

ردیف	تاریخ حادثه	تعداد حادثه	نوع (نقص عضو، فوت، مصدومیت و مالی)	علت و مقصر حادثه	مبلغ پرداخت شده (ریال)

۴- شماره بیمه نامه سال قبل: نام بیمه گر قبلی:

مشخصات مورد بیمه

۱- نوع تخصص اصلی:

عمران معماری شهرسازی ترافیک تاسیسات برق تاسیسات مکانیکی نقشه برداری

۲- آدرس یا آدرس های محل فعالیت:

۳- نوع بیمه گذار:

الف) حقیقی:

▪ شماره پروانه اشتغال از سازمان نظام مهندسی: معتبر تا تاریخ:

▪ رشته: طراح ناظر محاسب درجه مهندس: ارشد (ممتاز) درجه ۱ درجه ۲ درجه ۳

ب) حقوقی: تعداد اعضا: تاریخ و شماره ثبت شرکت:

▪ مشخصات اعضا:

* چنانچه تعداد بیمه شده بیشتر از گنجایش جدول زیر باشد در برگ جداگانه درج و پیوست گردد.

ردیف	نام و نام خانوادگی	تخصص	شماره پروانه نظام مهندسی	سابقه کار	شماره پروانه اشتغال	درجه و رتبه

۴- لطفاً از موارد زیر نوع پوشش مورد درخواست را مشخص نمایید:

الف) پوشش حادثه محور (فعالیت های جاری) - اعتبار یکساله و در صورت انتخاب این گزینه با پوشش دوره تأمین به شرح زیر)

▪ چنانچه تقاضای پوشش بیمه ای بیش از یکسال از تاریخ انقضای بیمه نامه هستید، مدت آن را مشخص نمایید:

یکسال دوسال سه سال چهار سال پنج سال ده سال

ب) پوشش ادعا محور (اعتبار یکساله - پروژه‌های تحت نظارت بیمه گذار در صورت نداشتن خسارت تا زمان شروع بیمه نامه)

پوشش ۵ سال گذشته پوشش ۱۰ سال گذشته پوشش ۱۲ سال گذشته پوشش ۱۵ سال گذشته



فرم پیشنهاد بیمه مسؤلیت مدنی حرفه ای مهندسین طراح , ناظر و محاسب پروژه های ساختمانی

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان
گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
تلفن: ۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱
نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

شماره فرم: DL - FR-751-55

صفحه: ۲ از ۲

پوشش های اضافی مورد درخواست بیمه گذار

(۱) پوشش بیمه ای مازاد بر یک دبه (دبه دوم):

بر اساس این پوشش، مسؤلیت بیمه گذار در قبال جبران مبلغ ریالی خسارات بدنی اشخاص ثالث بیش از ۱۰۰ درصد دبه ماه های عادی حداکثر تا سقف یک دبه ماه عادی سال صدور بیمه نامه در تعهد بیمه گر می باشد.

(۲) پوشش بیمه ای افزایش ربالی دبه:

به موجب این پوشش، تعهدات مندرج در بیمه نامه به ازای هر زیان دیده با توجه به افزایش سالانه دبه توسط قوه قضائیه از زمان خرید این پوشش و بنا به درخواست بیمه گذار یک بار/دو بار/سه بار افزایش می یابد، مشروط به آنکه ناشی از تأخیر در ارائه رأی مراجع قضایی توسط بیمه گذار یا زیندیده نباشد. همچنین، حداکثر تعهد بیمه گر در خصوص کلیه حوادث احتمالی افزایش می یابد. بدیهی است در زمان خرید این پوشش تعهدات بدنی بیمه نامه می بایست به روز باشد.

یک بار دو بار سه بار

(۳) پوشش مطالبات تامین اجتماعی:

مطالبات سازمان تامین اجتماعی از بیمه گذار فقط بابت مستمری موضوع تبصره یک ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی در اثر حوادث موضوع بیمه برای هر نفر در هر حادثه حداکثر تا مبلغ ریال، به نسبت قصور بیمه گذار جبران خواهد شد.

(۴) جبران هزینه های پزشکی با اعمال تعرفه بخش خصوصی:

بر اساس این پوشش، بیمه گر متعهد می گردد هزینه های پزشکی ناشی از حادثه موضوع بیمه را بر اساس صورتحساب های معتبر مراکز درمانی (بخش خصوصی) و حداکثر تا مبلغ تعهد مندرج در جدول مشخصات بیمه نامه پرداخت نماید.

(۵) پوشش شخص بیمه گذار:

بر اساس این پوشش خسارت بدنی بیمه گذار حقیقی در اثر حوادث موضوع بیمه که در محدوده مکانی مورد بیمه رخ داده باشد با رعایت شرایط بیمه حوادث انفرادی (آیین نامه شماره ۸۴ شورای عالی بیمه) و تا سقف مبلغ تعهد مندرج در جدول مشخصات بیمه نامه برای هر نفر در هر حادثه جبران می گردد.

مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

مدت بیمه نامه: روز تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۴ تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۴

تعهدات (به ریال)	تعهدات مورد درخواست بیمه گذار
	هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه
	هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)
	غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه
	غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)
	خسارت مالی در هر حادثه
	خسارت مالی در طول مدت

تأییدیه بیمه گذار

اینجانب به عنوان بیمه گذار / نماینده بیمه گذار تعهد می نمایم که به سئوالات مندرج در این فرم پیشنهاد به درستی و منطبق بر واقعیت پاسخ داده و موافقت می نمایم مندرجات پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد

نام و امضا بیمه گذار

تاریخ دریافت فرم پیشنهاد

امضا و مهر واحد صدور

تأییدیه واحد صدور (نماینده/ شعبه):