



فرم پیشنهاد مسئولیت حرفه ای مهندسان سازمان نظام مهندسی ساختمان

کد مدرک: FO-LB-40/00

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 (X) 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 ساختمانهایی 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.

| | | | | |
|---|--|-------------------------|-----------------|-------------|
| نام پیشنهاد دهنده : کد ملی / کد ثبت : شماره شناسنامه : نام پدر : تاریخ تولد / تاسیس : روز ماه سال کد پستی : تلفن / تلفن همراه : نشانی : | نام پیشنهاد دهنده : کد ملی / کد ثبت : شماره شناسنامه : نام پدر : تاریخ تولد / تاسیس : روز ماه سال کد پستی : تلفن / تلفن همراه : نشانی : | | | |
| نمایندگی / کارگزار: کد : | نام پیشنهاد دهنده : کد ملی / کد ثبت : شماره شناسنامه : نام پدر : تاریخ تولد / تاسیس : روز ماه سال کد پستی : تلفن / تلفن همراه : نشانی : | | | |
| پایه مهندس | شماره پروانه اشتغال | شماره عضویت نظام مهندسی | سابقه کار (سال) | رشته تحصیلی |
| نوع تخصص (های)ی که دارید و می خواهید مسئولیت خود ناشی از آن (ها) تحت پوشش بیمه قرار گیرد را مشخص فرمایید : <input type="checkbox"/> طراحی <input type="checkbox"/> محاسبه <input type="checkbox"/> نظارت <input type="checkbox"/> اجرا <input type="checkbox"/> هر چهار رشته (مدیریت کل پروژه ساختمانی) <input type="checkbox"/> تاسیسات مکانیکی <input type="checkbox"/> تاسیسات برقی <input type="checkbox"/> سایر موارد : | | | | |
| تعداد، موضوع و مبالغ پرداختی ناشی از مسئولیت خود به مالکان ساختمانها، کارگران ساختمانی و اشخاص ثالث در سه سال گذشته را بنویسید : | | | | |
| ریال. | 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: | | | |



بیمه‌ملت

فرم پیشنهاد مسئولیت حرفه ای مهندسان سازمان نظام مهندسی ساختمان

کد مدرک: FO-LB-40/00

شماره:

تاریخ:

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

بلی خیر دیه دوم یا بیشتر تا سقف 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 تا سقف ریال.

بلی خیر افزایش مدت پوشش بیمه ای مورد تقاضا بیش از یک سال مشروط به اینکه حادثه در حین عملیات ساختمانی رخ دهد: دوسال

سه سال چهار سال پنج سال

بلی خیر پوشش بیمه ای برای پروانه هایی که عملیات ساختمانی آنها قبل از صدور بیمه نامه آغاز گردیده و تاکنون پایان نیافته، برای حوادثی که در

مدت اعتبار این بیمه نامه رخ دهد. در صورت پاسخ مثبت است، مدت پوشش بیمه ای سالهای قبل را به ماه مشخص نمایید: ماه.

(حداکثر تا ۳۶ ماه می تواند باشد.)

پوشش های تکمیلی

روز:

از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ به مدت روز.

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 مهندسين 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: / / ۱۳

امضاء و مهر نماینده/کارگزار: