


LAF۰۳۴	<p style="text-align: center;">بیمه سامان</p> <p style="text-align: center;">فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای مهندسين ناظر، طراح و محاسب ساختمانی</p>	
تجدید نظر: ۰۱		
صفحه: ۱ از ۳		

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

بیمه گذار حقیقی

نام و نام خانوادگی: شماره نظام مهندسی:

کد ملی (الزامی است): شماره پروانه اشتغال (وزارت مسکن و شهرسازی):

سابقه کار: سال شماره امضاء شهرسازی (شهرداری):

رشته تحصیلی:

مسئولیت های مهندس:

مهندس ناظر پایه حق الزحمه دریافتی بابت هر مترمربع ریال - متراژ سالیانه مترمربع

مهندس طراح پایه حق الزحمه دریافتی بابت هر مترمربع ریال - متراژ سالیانه مترمربع

مهندس محاسب پایه حق الزحمه دریافتی بابت هر مترمربع ریال - متراژ سالیانه مترمربع

نشانی متقاضی (بیمه‌گذار):

تلفن: تلفن همراه: دورنگار: کدپستی:

بیمه گذار حقوقی

نام (مؤسسه، شرکت، سازمان): نوع مالکیت: دولتی خصوصی تعاونی

شناسه ملی / کد اقتصادی (الزامی است): شماره ثبت:

تاریخ تأسیس: ۱۳ / / تعداد اعضاء و شرکاء: نفر

استان:

مشخصات اعضاء و شرکاء:

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	تخصص (ناظر، طراح، محاسب)	سابقه کار (سال)	شماره نظام مهندسی	شماره پروانه اشتغال (وزارت مسکن و شهرسازی)	شماره امضاء شهرداری	پایه	متراژ سالیانه
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									

تذکر: چنانچه تعداد اعضاء و شرکاء بیش از ۷ نفر باشد، مشخصات آنها را طبق جدول فوق، در پشت فرم پیشنهاد درج و مهر و امضاء گردد.

نشانی متقاضی (بیمه‌گذار):

تلفن: تلفن همراه: دورنگار: کدپستی:

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای مهندسین ناظر، طراح و محاسب ساختمانی

اطلاعات مورد بیمه

آیا تا کنون بیمه‌نامه مسئولیت حرفه ای مهندسین ناظر، طراح و محاسب ساختمانی را خریداری نموده‌اید؟ بلی خیر

در صورتیکه پاسخ مثبت است نام شرکت بیمه صادر کننده و تاریخ انقضای بیمه نامه را بنویسید:

.....

آیا در سه سال گذشته خسارتی که ناشی از مسئولیت حرفه ای پیشنهاددهنده و اعضای آن در قبال مالکان ساختمانها، کارگران ساختمانی و سایر اشخاص ثالث باشد، رخ داده است؟ بلی خیر


در صورتی که پاسخ مثبت است تعداد، موضوع و مبالغ پرداختی ناشی از مسئولیت متقاضی به مالکین ساختمانها، کارگران ساختمانی و اشخاص ثالث را مشخص فرمایید.

ردیف	موضوع ادعا	مبالغ پرداختی (ریال) (خسارتی جانی و مالی)
۱		
۲		
۳		
۴		
۵		
۶		
۷		
۸		
۹		
۱۰		

انواع طرح های پیشنهادی

در صورت تمایل، می توانید هر یک از طرح های زیر را انتخاب نمایید :

پوشش ها	<input type="checkbox"/> طرح ۱	<input type="checkbox"/> طرح ۲	<input type="checkbox"/> طرح ۳
هزینه‌های پزشکی (ریال)	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
گرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه عادی (ریال)	۲,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
گرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه حرام (ریال)	۲,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰
گرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه (ریال) (۵ نفر)	۱۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
خسارت مالی در هر حادثه (ریال)	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
خسارت مالی در طول مدت بیمه (ریال)	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰

LAF۰۳۴	<p style="text-align: center;">بیمه سامان</p> <p style="text-align: center;">فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای مهندسين ناظر، طراح و محاسب ساختمانی</p>	
تجدید نظر: ۰۱		
صفحه: ۳ از ۳		

پوشش های تکمیلی

۱. پوشش خسارت با رای دادگاه : بلی خیر
۲. پرداخت خسارت با تایید هیئت انتظامی وزارت راه و شهرسازی : بلی خیر
۳. پوشش شخص مهندس به میزان ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال هزینه پزشکی و ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال فوت و نقص عضو بر اساس آیین نامه شماره ۸۴ (بیمه حوادث) شورای عالی بیمه : بلی خیر
۴. پوشش بیمه ای بیش از یک نوع عملیات (نظارت، طراحی و محاسبه) : بلی خیر

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

مدت بیمه نامه: روز. تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳ تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳

پوشش ها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

تعهد به ریال	تعهدات مورد درخواست بیمه گذار
	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی
	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام
	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه در ماههای عادی
	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه در ماههای حرام
	حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه
	حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه
	حداکثر خسارت مالی در هر حادثه
	حداکثر خسارت مالی در طول مدت بیمه

** بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می باشد و موافقت می نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.**

- بیمه گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.
- بیمه گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

** به اطلاع می رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه گذار بیمه نامه صادر خواهد گردید. **

نماینده/کارگزار:
مهر، امضاء و تاریخ

بیمه گذار:
مهر، امضاء و تاریخ