



## فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای مهندسين طراح ، ناظر و محاسب

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

### الف: مشخصات عمومی

۱- نام کامل بیمه گذار (حقیقی / حقوقی) :  
 نوع بیمه گذار: (دولتی  خصوصی  شماره ملی/ شناسه ملی : ..... کد اقتصادی (شخص حقوقی) : ..... نام کارگزار / نماینده و کد : .....

۲- نشانی دقیق ، کد پستی و تلفن بیمه گذار :

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

ردیف	سال حادثه	تعداد حادثه	نوع حادثه (هزینه پزشکی، فوت و نقص عضو و مالی)	علت	درصد تقصیر	میزان خسارت (ریال)

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

### ب: مشخصات متقاضی

**بیمه گذار حقیقی:** (تخصص ، درجه و پایه مهندس و مترائ سالیانه به شرح ذیل تکمیل گردد)

مهندس ناظر پایه ..... حق الزحمه دریافتی بابت هر متر مربع ..... مترائ سالیانه نظارت .....

مهندس طراح پایه ..... حق الزحمه دریافتی بابت هر متر مربع ..... مترائ سالیانه طراحی .....

مهندس محاسب پایه ..... حق الزحمه دریافتی بابت هر متر مربع ..... مترائ سالیانه محاسبه .....

**بیمه گذار حقوقی:** (تعداد اعضاء و شرکا : ..... تاریخ و شماره ثبت شرکت: .....

✓ مشخصات اعضاء و شرکا : چنانچه تعداد بیمه شده بیش از ۳ نفر باشد، مشخصات آنها طبق جدول زیر در پشت فرم پیشنهاد درج و مهر و امضاء گردد

ردیف	نام و نام خانوادگی	تخصص (طراح، ناظر، محاسب)	شماره نظام مهندسی	سابقه کار	شماره پروانه اشتغال (وزارت مسکن و شهرسازی)	شماره امضاء شهرداری	پایه مهندس	مترائ سالیانه
۱								
۲								
۳								

✓ چنانچه تقاضای پوشش بیمه ای بیش از یکسال (پس از انقضای بیمه نامه) برای هر ساختمان مورد نظارت، محاسبه و طراحی هستید مدت آن را مشخص نمایید:  
 یکسال  دوسال  سه سال  چهار سال  پنج سال

✓ چنانچه تقاضای پوشش بیمه ای بیش از یک نوع عملیات ( نظارت ، محاسبه ، طراحی ) را دارید آنها را مشخص نمایید : .....

### ج: مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

مدت زمان بیمه: ..... روز/ شروع بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ ..... انقضای بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ .....

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

### د: تأییدیه بیمه گذار

بدینوسیله گواهی می نماید که اظهارات فوق منطبق با واقعیت بوده و صحت آن را تأیید می نمایم و موافقم که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.  
 تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد ..... نام و امضاء بیمه گذار .....

واحد صدور (شعبه/نماینده):  
 تاریخ دریافت فرم پیشنهاد ..... امضاء و مهر واحد صدور .....