



### بیمه دانا

## فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت حرفه ای مرتبط با سازمان نظام مهندسی

### معدن

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

شماره فرم: DL - FR-751-55

صفحه: ۱ از ۲

#### مشخصات عمومی

۱- نام کامل بیمه گذار (حقیقی / حقوقی) : .....

شماره ملی / شناسه ملی : ..... سال تولد: ..... کد اقتصادی (شخص حقوقی): .....

نام کارگزار یا نماینده و کد نمایندگی : .....

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

۳- تعداد حوادث در پنج 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

نوع بیمه نامه مورد درخواست:

- بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای مهندسین ناظر سازمان نظام مهندسی معدن
- بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای مسئول فنی معدن (نظارت و ایمنی معدن)
- بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای مسئول فنی معدن (اکتشاف)

۱- بیمه گذار حقیقی :

موضوع فعالیت:

نشانی های فعالیت مهندس معدن:

شماره عضویت نظام مهندسی معدن:

شماره پروانه اشتغال از سازمان نظام مهندسی معدن: ..... معتبر تا تاریخ .....

رشته و درجه مهندس: .....

۲- بیمه گذار حقوقی: تعداد اعضاء و شرکا : ..... تاریخ و شماره ثبت شرکت : .....

- مشخصات اعضاء و شرکا : چنانچه تعداد بیمه شده بیشتر از گنجایش جدول زیر باشد در برگ جداگانه درج و پیوست گردد.

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



بیمه دانا

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت حرفه ای مرتبط با سازمان نظام مهندسی

معدن

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

شماره فرم: DL - FR-751-55

صفحه: ۲ از ۲

پوشش‌های اضافی مورد درخواست بیمه گذار

(۱) پوشش بیمه‌ای مازاد بر یک دیه (دیه دوم):

براساس این پوشش، مسئولیت بیمه گذار در قبال جبران مبلغ ریالی خسارات بدنی اشخاص ثالث بیش از ۱۰۰ درصد دیه ماه‌های عادی حداکثر تا سقف یک دیه ماه عادی سال صدور بیمه نامه در تعهد بیمه گر می باشد.

(۲) پوشش افزایش مبلغ ریالی دیه :

بر اساس این پوشش، افزایش مبلغ دیه از تاریخ شروع پوشش بیمه برای یک سال / دو سال / سه سال در تعهد بیمه‌گر خواهد بود. مشروط بر آنکه ناشی از تاخیر در تسلیم رأی مراجع قضائی به بیمه گر نباشد.

یک سال  دو سال  سه سال

(۳) پرداخت خسارت بدون رای دادگاه :

بر اساس این پوشش، مسئولیت مدنی بیمه گذار در اثر حادثه موضوع بیمه، در صورت احراز مسئولیت وی توسط بیمه گر بدون نیاز به ارائه رای دادگاه قابل بررسی و جبران می باشد.

(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.

مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

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

| تعهدات مورد درخواست بیمه گذار                                | تعهد به ریال |
|--------------------------------------------------------------|--------------|
| هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه                               |              |
| هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)     |              |
| گرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه                       |              |
| گرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه) |              |

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 می‌نمایم 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 (نمایندگی / شعبه):