

قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما براساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می شود لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی را مطابق با مشخصات ذیل صادر نمایید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام شود.					
بیمه گذار مشخصات	نام متقاضی: ..... کد ملی / شناسه ملی: ..... شماره شناسنامه / ثبت: ..... تاریخ تولد / تأسیس: ..... / ..... / ۱۳				
	کد اقتصادی: ..... تلفن / همراه: ..... کد پستی: ..... پست الکترونیک: ..... نشانی: .....				
مشخصات اعضاء	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی (طراح، محاسب، ناظر)	سابقه کار (سال)	شماره نظام مهندسی	شماره پروانه اشتغال (وزارت مسکن و شهرسازی)
مشخصات فعالیت بیمه گذار	نوع تخصص:				
	<input type="checkbox"/> هر سه رشته (مدیریت کل پروژه ساختمانی) <input type="checkbox"/> ناظر پایه ..... حق الزحمه دریافتی بابت هر مترمربع نظارت ساختمانی: ..... ریال. <input type="checkbox"/> طراح پایه ..... حق الزحمه دریافتی بابت هر مترمربع طراحی: ..... ریال. <input type="checkbox"/> محاسب پایه ..... حق الزحمه دریافتی بابت هر مترمربع محاسبات: ..... ریال. <input type="checkbox"/> مترآژ سالیانه نظارت: ..... مترمربع. مترآژ سالیانه طراحی: ..... متر. <input type="checkbox"/> مترآژ سالیانه محاسبات: ..... مترمربع. مترآژ سالیانه هر سه رشته: ..... متر.				
	<input type="checkbox"/> آیا قبلاً دارای بیمه نامه مسئولیت بوده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، نام شرکت و شماره بیمه نامه را قید فرمایید.				
	<input type="checkbox"/> آیا قبلاً سابقه خسارت داشته اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد و مبلغ را در جدول مرقوم فرمایید:				
	ردیف	نوع حادثه	تعداد خسارت جانی	مبلغ خسارت (ریال)	تعداد خسارت مالی
سابقه خسارت	<input type="checkbox"/> آیا متقاضی، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه را ذکر فرمایید.				
	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> لطفاً در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه را ذکر فرمایید.				
مدت بیمه	مدت بیمه: ..... روز از ساعت ۲۴ روز ..... تا ساعت ۲۴ روز .....				
تعهدات بیمه گر	حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی: ..... ریال.				
	حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام: ..... ریال.				
	حداکثر خسارت مالی ناشی از حوادث موضوع بیمه نامه در هر حادثه: ..... ریال.				
	حداکثر تعهد بیمه گر جهت فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: ..... ریال.				
	حداکثر خسارت مالی در طی دوره بیمه: ..... ریال.				
ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد.					
تاریخ تکمیل:		نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:		نام و امضاء متقاضی بیمه:	