

پیشنهاد بیمه مسئولیت حرفه ای بازرسی فنی

شماره سریال:

متقاضی گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش های مندرج در این فرم با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. در صورت صدور بیمه نامه، شرط اصلی اعتبار آن صحت اطلاعات مندرج در این فرم و پاسخ های شما است و به آن استناد خواهد شد. همچنین، تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی کند. فرم پیشنهاد می بایست بدون هرگونه خط خوردگی، لاک گرفتگی، خراشیدگی، دوباره نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

شماره پیشنهاد:	نام و کد شعبه:	نام و کد نماینده /کارگزار:	تاریخ درخواست:				
پیشنهاد	نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده:	کد اختصاصی بیمه گذار:					
قرارداد	چنانچه قرارداد یا تفاهم نامه ای جداگانه ای برای پیشنهاد فوق منعقد گردیده است موارد زیر را تکمیل نمایید: عنوان قرارداد/ تفاهم نامه: شماره قرارداد/ تفاهم نامه: تاریخ عقد قرارداد/ تفاهم نامه:						
موضوع بیمه نامه	عبارت است از بیمه مسئولیت حرفه ای بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث و استفاده کنندگان در ارتباط با بازرسی کالا حسب مجوز های بازرسی معتبر بدین معنی که هرگاه در نتیجه قصور و اهمال بیمه گذار ناشی از اجرای عملیات بازرسی کالا، خدمات و بازرسی فنی به صاحبکاران و خریداران محصولات مذکور خسارت مالی وارد آید و مسئولیت بیمه گذار توسط بیمه گر و در صورت لزوم توسط مراجع قضایی محرز گردد، بیمه گر بر اساس مفاد و شرایط این بیمه نامه و حداکثر تا سقف تعهدات درج شده در بیمه نامه، خسارت وارده را جبران خواهد نمود.						
مشخصات بیمه گذار	<table> <tr> <th>بیمه گذار حقیقی</th><th>بیمه گذار حقوقی</th></tr> <tr> <td>نام و نام خانوادگی: کد ملی: شماره شناسنامه: تلفن تماس (ثابت): آدرس محل سکونت:</td><td>نام شرکت: شناسه ملی: کد اقتصادی: تلفن تماس (ثابت): نمابر: آدرس دفتر مرکزی:</td></tr> </table>			بیمه گذار حقیقی	بیمه گذار حقوقی	نام و نام خانوادگی: کد ملی: شماره شناسنامه: تلفن تماس (ثابت): آدرس محل سکونت:	نام شرکت: شناسه ملی: کد اقتصادی: تلفن تماس (ثابت): نمابر: آدرس دفتر مرکزی:
بیمه گذار حقیقی	بیمه گذار حقوقی						
نام و نام خانوادگی: کد ملی: شماره شناسنامه: تلفن تماس (ثابت): آدرس محل سکونت:	نام شرکت: شناسه ملی: کد اقتصادی: تلفن تماس (ثابت): نمابر: آدرس دفتر مرکزی:						
مشخصات	شماره ی پروانه فعالیت متقاضی بیمه: تعداد بازرسی: تعداد بازرسی در طول ماه (به طور میانگین): نوع بازرسی: ☐ کالا ☐ خدمات ☐ فنی زمینه فعالیت بیمه گذار را طبق پروانه بازرسی اعلام نمایید: نوع محصولات مورد بررسی را اعلام نمایید: دوره تامین بیمه نامه: سال (حداکثر ۱۲ ماه)						
سابقه بیمه ای و خسارات	طی یک سال گذشته پوشش بیمه مسئولیت داشته اید؟ در صورت مثبت بودن شماره بیمه نامه و بیمه گر قبلی خود را مرقوم فرمایید. شرکت بیمه سال قبل: شماره بیمه نامه سال قبل: آیا در ۵ سال گذشته، در رابطه با مسئولیت حرفه ای شما از جانب مراجعین، ادعایی علیه شما در مراجع قضایی یا خارج از مراجع قضایی مطرح گردیده است؟ ☐ خیر ☐ بله (در صورت مثبت بودن پاسخ، شرح کاملی از علت، نوع حادثه، تاریخ و مبلغ خسارت را ذکر نمایید). شرح خسارت توسط بیمه گذار:						
تایید بیمه گذار	امضاء و توضیحات کارشناس صدور: مهر و امضاء و اثر انگشت پیشنهاد دهنده:						

۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه عادی

۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه حرام

۳- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه

۴- تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه

۵- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه

۶- حداکثر تعهد مالی در هر حادثه

۷- حداکثر تعهد مالی در طول مدت بیمه نامه

آیا مایل به خرید پوشش های اضافی ذیل می باشید؟

* پرداخت خسارت بدون رای دادگاه

بله ☐ خیر ☐

غرامت فوت بر مبنای قصور بیمه گذار و حداکثر تا میزان مندرج در جدول تعهدات بیمه نامه یا معادل ریالی ارزاترین نوع دیه رایج، هر کدام که کمتر باشد محاسبه می گردد. درصدهای نقص عضو با نظر پزشک معتمد بیمه گر تعیین و بر مبنای درصدهای مشخص شده و میزان قصور بیمه گذار و حداکثر تا سرمایه مندرج در جدول تعهدات بیمه نامه و یا معادل ریالی ارزاترین نوع دیه رایج هر کدام که کمتر باشد محاسبه و پرداخت می گردد.

* جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه

بله ☐ خیر ☐

هزینه های پزشکی موضوع بیمه براساس صورتحساب های معتبر مراکز درمانی تاسقف تعهدات هزینه پزشکی بیمه نامه بدون اعمال تعرفه جبران می گردد.

* پوشش افزایش ریالی دیه

به موجب این کلوز، تعهد بیمه گر جهت افزایش دیه روز و حداکثر به میزان _____ بار افزایش دیه به نسبت تعهدات مندرج در بیمه نامه که توسط مراجع قضایی تعیین می گردد، خواهد بود.

* غرامت نقص عضو مازاد بر دیه اول (با سرمایه _____ ریال)

بله ☐ خیر ☐

مسئولیت بیمه گذار درقبال جبران غرامت نقص عضو مازاد برمیزان مندرج در بیمه نامه تحت پوشش می باشد. حداکثر سرمایه مورد تعهد دیه مصوب ماه عادی می باشد.

* حذف فرانشیز مالی

بله ☐ خیر ☐

تعهد مالی موضوع بیمه نامه بدون اعمال فرانشیز حداکثر تا مبلغ تعهدات بیمه نامه جبران می گردد.

* حذف فرانشیز غرامت هزینه پزشکی

بله ☐ خیر ☐

هزینه های پزشکی موضوع بیمه نامه بدون اعمال فرانشیز حداکثر تا مبلغ تعهدات بیمه نامه جبران می گردد.

مدت بیمه نامه: _____ روز

از تاریخ: _____

تا تاریخ: _____

تذکر: محاسبه ی حق بیمه در بیمه نامه های کمتر از یک سال طبق تعرفه ی کوتاه مدت انجام می گیرد.

نحوه پرداخت حق بیمه : نقد ☐ اقساط: ☐

شرح اقساط: _____ درصد معادل _____ ریال به صورت نقد و مابقی در _____ قسط متوالی مساوی ماهانه

شروع و اعتبار پوشش بیمه ای و اجرای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه به ترتیبی است که در شرایط خصوصی و اعلامیه بدهکار بیمه نامه پیش بینی شده است در غیر این صورت خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی به حق بیمه ای که باید پرداخت می شد، محاسبه می گردد. جهت اعتبار بیمه نامه انجام تعهدات از سوی بیمه گذار مقدم بر انجام تعهدات از سوی شرکت بیمه می باشد.

توضیحات تکمیلی بیمه گذار: _____

اینجانب _____ بدینوسیله تایید می نمایم که کلیه اطلاعاتی را که در خصوص مورد بیمه در ارزیابی خطر موثر است در زمان عقد قرارداد یا در جریان آن (اعم از اینکه این اطلاعات در فرم پیشنهاد درخواست شده باشد یا خیر)، باکمال صداقت و درستی اظهار نمایم به طوری که بیمه گر با بهره گیری از این اطلاعات بتواند اهمیت خطری را که مورد پوشش قرار می دهد را تشخیص دهد. موافقت می گردد این پرسشنامه و شرایط عمومی ابلاغی بیمه مرکزی اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. امضای این برگه بدون صدور بیمه نامه به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و پیشنهاد دهنده نمی باشد.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد:

نام و نام خانوادگی / مهر / امضاء / اثر انگشت بیمه گذار:

مهر و امضای معرف:

امضاء و توضیحات کارشناس صدور:

توجه: متقاضی گرامی، ضمن تشکر از انتخاب شرکت بیمه دی، در صورت پذیرش درخواست شما و تخصیص شناسه واریز بانکی و واریز اولین قسط حق بیمه به حساب شرکت بیمه دی، بیمه نامه شما به استناد رسید نقدی واریزی از ساعت ۲۴ روز واریز معتبر است و شما به خانواده بزرگ بیمه گذاران عمر بیمه دی خواهید پیوست.