



(سهامی عام)

فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان (غیر ساختمانی)

شماره شناسایی سند: PI24F110

شماره بازنگری: 06

مشخصات بیمه گذار

نام بیمه گذار:	کد نمایندگی:
کد ملی/کد اقتصادی:	خانم/آقای:
نشانی:	کارگزار:
تلفن:	واحد صدور:
تاریخ تولد/تاسیس:	کد پستی:
تلفن همراه:	شماره:

مدت

مدت بیمه نامه: روز/سال. تاریخ شروع بیمه نامه: از ساعت ۲۴ مورخ تاریخ پایان بیمه نامه: تا ساعت ۲۴ مورخ

مشخصات فعالیت

نام محل فعالیت:

نشانی محل فعالیت:

شرح تفصیلی کار و روش اجرا:

ابزارهای مورد استفاده در انجام کار:

خطرات احتمالی:

- انفجار ناشی از سقوط اجسام برق گرفتگی سوختگی و آتش سوزی گزیدگی حیوانات
- سقوط از ارتفاع (تا ارتفاع متر) ریزش مصالح بیماری های شغلی که در اثر مرور زمان ایجاد می گردد: مانند
- سایر خطرات:

آیا کارکنان پیمانکار نیز در محل اجرای کار فعالیت دارند؟ خیر بلی

در صورتی که پاسخ مثبت می باشد تعداد نیروی کار شاغل در محل اجرای کار را با احتساب تعداد کارکنان پیمانکار مشخص فرمائید:

اداری-دفتری: حداقل نفر و حداکثر نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آن ها می باشید؟ خیر ساعات کاری:

نگهبان-حراست: حداقل نفر و حداکثر نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آن ها می باشید؟ خیر ساعات کاری:

خدماتی-نظافتی: حداقل نفر و حداکثر نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آن ها می باشید؟ خیر ساعات کاری:

فنی-تولیدی (فعالیت اصلی): حداقل نفر و حداکثر نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آن ها می باشید؟ خیر ساعات کاری:

سایر (با ذکر نوع فعالیت): حداقل نفر و حداکثر نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آن ها می باشید؟ خیر ساعات کاری:

(در صورتی که بیمه گذار لیست اسامی کلیه کارکنان را در زمان صدور بیمه نامه به بیمه گر ارائه نماید مشمول تخفیف خواهد شد.)

نحوه استخدام کارکنان و کارگران: رسمی تعداد نفر. قراردادی تعداد نفر. روزمزد تعداد نفر.

تعداد نفر از کارکنان تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی یا سایر بیمه های درمانی می باشند و تعداد نفر از کارکنان تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی یا سایر بیمه های درمانی نمی باشند.

تعداد شیفت های کاری: / ساعات کاری هر شیفت از تا تعداد نفر / از تا تعداد نفر.

سوابق خسارت

شماره بیمه نامه سال قبل: نام بیمه گر قبلی: تعداد حوادث منجر به فوت و نقص عضو و یا هزینه های پزشکی در سه سال گذشته

تاریخ حادثه	تعداد	نوع حادثه (فوت/ نقص عضو و ...)	مبلغ خسارت (ریال)	علت/مقصر حادثه

فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان (غیر ساختمانی)

الف: در هر حادثه:	ب: در طی دوره بیمه نامه:
حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه های عادی:..... ریال	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو:..... ریال
حداکثر تعهد فوت برای هر نفر در ماه های حرام:..... ریال	حداکثر تعهد هزینه های پزشکی:..... ریال
حداکثر تعهد هزینه های پزشکی برای هر نفر:..... ریال	

میزان تعهدات مورد درخواست جهت کارکنان

آیا مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر می باشید؟

- ۱- دبه دوم برای کارکنان تاسقف ریال. بلی خیر
- ۲- ماموریت های خارج از کارگاه کارکنان. بلی خیر
- ۳- پوشش اماکن وابسته به کارگاه. (این پوشش بدون اخذ حق بیمه اضافی تحت پوشش بیمه نامه می باشد.)
- ۴- پوشش ایاب و ذهاب کارکنان با وسایل معین. بلی خیر
- ۵- حوادث و سائل نقلیه موتوری زمینی در محل تحت پوشش بیمه نامه. بلی خیر
- ۶- مسئولیت پیمانکاران اصلی و فرعی در قبال کارکنان. بلی خیر
- ۷- مسئولیت مهندسان ناظر و مشاور در قبال کارکنان. بلی خیر
- ۸- پرداخت خسارت فوت و نقص عضو کارکنان بدون رای دادگاه. بلی خیر
- ۹- جبران هزینه های پزشکی کارکنان بدون اعمال تعرفه. بلی خیر
- ۱۰- مطالبات تبصره یک ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی. بلی خیر

حداکثر میزان سرمایه در هر حادثه تاسقف ریال. و حداکثر میزان سرمایه در طول مدت بیمه نامه تاسقف ریال.

- ۱۱- جبران هزینه های پزشکی برای شخص بیمه گذار، مدیرعامل و اعضای هیئت مدیره در محدوده فعالیت مندرج در بیمه نامه. بلی خیر
- ۱۲- صدمات جسمانی وارد به اشخاص ثالث در محدوده فعالیت مندرج در بیمه نامه. بلی (۱ نفر ۲ نفر ۳ نفر خیر
- ۱۳- مابه التفاوت افزایش دیات بیمه نامه تا یک سال از تاریخ انقضاء بیمه نامه. بلی خیر
- ۱۴- پرداخت غرامت دستمزد روزانه کارکنان. بلی خیر
- ۱۵- حوادث غیر مرتبط با فعالیت مندرج در بیمه نامه. بلی خیر
- ۱۶- افزایش ۲۰٪ تعداد کارکنان. (ویژه بیمه نامه های بی نام) بلی خیر
- ۱۷- اهمال غیر عمدی کارکنان. بلی خیر
- ۱۸- مسئولیت بیمه گذار در قبال شخص مهندس ناظر، مشاور، مجری و پیمانکاران طرف قرارداد. بلی خیر
- ۲۰- مسئولیت مهندس ناظر و مشاور و پیمانکاران اصلی و فرعی در قبال اشخاص ثالث. بلی (۱ نفر ۲ نفر ۳ نفر خیر

در صورت خرید پوشش شماره ۱۲ و ۲۰، تعهد بیمه گر جهت جبران خسارت جانی وارد به اشخاص ثالث از سقف تعهدات در طی دوره بیمه نامه کارکنان تجاوز نخواهد نمود.

سایر پوشش های مورد درخواست بیمه گذار:

.....

.....

اینجانب به عنوان بیمه گذار/نماینده بیمه گذار تعهد می نمایم که اظهارات مندرج در این پیشنهاد بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان (غیر ساختمانی) تنظیم گردیده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند مطابق مقررات رفتار نماید. لذا موافقت می گردد این پیشنهاد مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد.

تاریخ تکمیل پیشنهاد: **نام، امضاء و مهر بیمه گذار:**

این قسمت توسط نمایندگی/واحد صدور تکمیل می گردد:

مهر و امضاء و کد نمایندگی/واحد صدور: **تاریخ دریافت پیشنهاد:**

پوشش های تکمیلی مورد درخواست

تاییدیه بیمه گذار