



**پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان
ویژه فعالیت های تولیدی، صنعتی، خدماتی، بازرگانی و عمرانی**

| | |
|---|-------------------------|
| الف) مشخصات عمومی بیمه گذار | نماینده/کارگزار: |
| ۱- نام کامل شخص، مؤسسه و یا شرکت پیشنهاد دهنده: | کد ملی/ شماره ثبت: |
| شماره شناسنامه: | نام پدر: |
| محل صدور: | تاریخ تولد: |
| ۲- نشانی پیشنهاد دهنده: | تلفن: |
| ۳- وضعیت مالکیت شرکت: <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> | کد اقتصادی: |
| دورنگار: | دورنگار: |
| ۴- تعداد حوادث و مبالغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت پیشنهاد دهنده در ۲ سال گذشته را به تفکیک هر حادثه اعلام فرمایید: | |

| | |
|--|--------------|
| ب) پرسش های عمومی در مورد موضوع فعالیت پیشنهاد دهنده و نیروهای اجرایی: | |
| ۱- چنانچه نوع فعالیت اجرای پروژه عمرانی می باشد موارد زیر را مشخص فرمایید: | |
| موضوع کار: | نام صاحبکار: |
| نشانی محل کار: | مدت قرارداد: |
| <input type="checkbox"/> تعداد کل کارکنان ثابت و دائمی: <input type="text"/> نفر <input type="checkbox"/> تعداد کارکنان متغیر (قرارداری یا روز مزد): حداقل <input type="text"/> نفر حداکثر <input type="text"/> نفر <input type="checkbox"/> آیا کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی می باشند: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر | |

| | |
|--|--|
| ۲- چنانچه نوع فعالیت تولیدی، خدماتی، صنعتی و بازرگانی می باشد موارد زیر را مشخص فرمایید: | |
| نوع فعالیت: | |
| نشانی محل کار(فعالیت): | |
| <input type="checkbox"/> تعداد کل کارکنان ثابت و دائمی: <input type="text"/> نفر <input type="checkbox"/> تعداد کارکنان متغیر (قرارداری یا روز مزد): حداقل <input type="text"/> نفر حداکثر <input type="text"/> نفر <input type="checkbox"/> آیا کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی می باشند: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر | |
| <input type="checkbox"/> تعداد شیفت کاری در شبانه روز: <input type="text"/> شیفت <input type="text"/> ساعته. <input type="checkbox"/> تعداد کارکنان هر شیفت <input type="text"/> نفر <input type="checkbox"/> تعداد کارکنان شیفت شب <input type="text"/> نفر | |

| | |
|--|--|
| ۳- در رابطه با بندهای ۱ یا ۲ در صورتی که از پیمانکار یا پیمانکاران فرعی استفاده می نماید موارد زیر را مشخص فرمایید: | |
| <input type="checkbox"/> تعداد کل کارکنان ثابت و دائمی: <input type="text"/> نفر <input type="checkbox"/> تعداد کارکنان متغیر (قرارداری یا روز مزد): حداقل <input type="text"/> نفر حداکثر <input type="text"/> نفر | |

| | |
|---|--|
| ۴- لطفاً خطرهای احتمالی برای کارکنان را شرح دهید: | |
| کار در ارتفاع: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> کار با مواد آتش زا: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سایر(نام ببرید): | |
| <input type="checkbox"/> سایر توضیحات: <input type="checkbox"/> کارکنان از چه وسایل ایمنی استفاده می کنند: کلاه <input type="checkbox"/> دستکش <input type="checkbox"/> کفش <input type="checkbox"/> عینک <input type="checkbox"/> سایر(نام ببرید): <input type="checkbox"/> انواع ماشین آلات موجود در کارگاه را نام ببرید: پرس <input type="checkbox"/> برش <input type="checkbox"/> چکش برقی <input type="checkbox"/> گیوتین <input type="checkbox"/> CNC <input type="checkbox"/> سایر(نام ببرید): <input type="checkbox"/> آیا تجهیزات مذکور مجهز به چشم الکترونیک و سیستم های ایمنی استاندارد می باشند: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر | |

| | |
|--|--|
| ۵- چنانچه مایل هستید هزینه پزشکی بیمه شدگان مازاد بر هزینه های قابل جبران توسط سازمان تأمین اجتماعی و یا سازمان خدمات درمانی پرداخت گردد مشخص فرمایید: | |
| بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | |

| | |
|--|-------------|
| ج) مدت بیمه و حداکثر پوشش های بیمه ای مورد درخواست: | |
| ۱- مدت بیمه روز از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز | |
| ۲- حداکثر پوشش های بیمه ای مورد درخواست: | |
| تعهد بیمه گر برای جبران هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه | مبلغ (ریال) |
| حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه | |
| تعهد بیمه گر برای جبران فوت و نقض عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی | |
| تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام | |
| حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران حوادث منجر به غرامات مازاد بر دیه اول برای هر نفر در هر حادثه | |
| حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران غرامت های فوت و نقض عضو در طول مدت بیمه | |

*با توجه به شرایط بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان، خسارات ناشی از حوادث زیر تحت پوشش نمی باشند:

هر گونه حادثه خارج از محیط کار، حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری، حوادث غیر مرتبط با نوع فعالیت بیمه گذار ، خسارت وارد به کارکنان ناشی از مسئولیت پیمانکاران فرعی، ناظران و مشاوران ، غرامات وارده به شخص بیمه گذار یا صاحبکار، و نیز اشخاص ثالث و پرداخت هر گونه غرامت فوت و نقص عضو بدون رأی دادگاه و پرداخت هزینه های پزشکی بدون تعرفه وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی.

چنانچه تمایل دارید، می توانید با انتخاب پوشش های تکمیلی زیر و پرداخت حق بیمه اضافی ، نسبت به اخذ پوشش استثنائات فوق اقدام فرمایید:

- بیمه مسئولیت بیمه گذار برای مأموریت های خارج از کارگاه کارکنان (با ارائه اسامی و نوع مأموریت)

- بیمه مسئولیت بیمه گذار برای حوادث وسایل نقلیه موتوری زمینی در محیط کارگاه برای کارکنان

- بیمه مسئولیت بیمه گذار برای حوادث وسایل نقلیه موتوری زمینی خارج از محیط کارگاه کارکنان و درحین ایاب و ذهاب به کارگاه

- بیمه حادثه شخص بیمه گذار یا صاحبکار

- بیمه مسئولیت مدنی پیمانکاران فرعی، مهندسین ناظر و مشاور

- بیمه مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان در اماکن وابسته به محیط کار

- بیمه افزایش دیات برای سال های آتی

- بیمه مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان برای حوادث غیر مرتبط با فعالیت اصلی بیمه شده در محیط کار

- بیمه پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه

- بیمه پرداخت هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه

- بیمه مسئولیت متقابل کارکنان بیمه گذار در مقابل یکدیگر

- بیمه مسئولیت بیمه گذار در رابطه با خسارت های بدنی در قبال اشخاص ثالث

(حداکثر تعداد نفرات تحت پوشش در طول مدت قرارداد دو نفر می باشد و میزان تعهدات برای هر نفر در هر حادثه برابر تعهدات انتخابی برای کارکنان می باشد)

- آیا مایل هستید مطالبات احتمالی سازمان تأمین اجتماعی (موضوع تبصره یک ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی) علیه شما در ارتباط با کارکنان بابت

هزینه هایی که از سوی آن سازمان پرداخت می گردد، بیمه شود؟

بلی

خیر

(در صورتی که پاسخ مثبت است ، حداکثر مبلغ مورد درخواست برای هر نفر در هر حادثه را معین فرمایید: ریال)

سقف تعهدات بیمه گر برای پوشش مذکور در طول مدت بیمه نامه حداکثر ریال می باشد.

✓ بیمه گذار محترم ، چنانچه پوشش بیمه ای خاصی در رابطه با موضوع کار خود در نظر دارید، لطفاً اعلام فرمایید:

بدین وسیله اعلام و اقرار می نماید، پاسخ های مندرج در این پیشنهاد به طور کامل و صحیح اظهار گردیده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است. همچنین موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

نام و امضای پیشنهاد دهنده

تاریخ:

این قسمت توسط نماینده/کارگزار تکمیل گردد:

*نماینده/کارگزار موظف است به متقاضی تاکید نماید که پیشنهاد را بصورت کامل و صحیح تکمیل و امضاء نماید و در صورتی که به وظایف خود عمل ننماید طبق دستور العمل اجرایی مراتب بررسی و اقدام خواهد شد.

مهر و امضای نماینده /کارگزار

کد نماینده/کارگزار :

تاریخ: