

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



شرکت سهامی عام

نماینده / کارگزار:

الف) مشخصات عمومی بیمه گذار:

- ۱- نام کامل شخص یا موسسه و یا شرکت پیشنهاد دهنده: کد ملی / شماره ثبت:
- شماره شناسنامه: محل صدور:
- نام پدر: تاریخ تولد:
- ۲- نشانی پیشنهاد دهنده: تلفن:
- ۳- وضعیت مالکیت شرکت: دولتی  خصوصی  کد اقتصادی: 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) پرسشهای 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:
- تعداد کل کارکنان ثابت و دائمی:  نفر
  - تعداد کارکنان متغیر (منظور از کارکنان متغیر، کارکنانی است که علاوه کارکنان ثابت و به صورت موقت مشغول به کار می شوند): حداقل  نفر حداکثر  نفر
  - آیا کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی می باشند: بله  خیر
- ۲- چنانچه نوع فعالیت تولیدی، خدماتی، صنعتی و بازرگانی می باشد موارد زیر را مشخص فرمایید:
- نوع فعالیت: نشانی محل کار (فعالیت):
- تعداد کل کارکنان ثابت و دائمی:  نفر
  - تعداد کارکنان متغیر (قراردادی یا روز مزد): حداقل  نفر حداکثر  نفر
  - آیا کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی می باشند: بله  خیر
  - تعداد شیفت کاری در شبانه روز:  شیفت  ساعته. تعداد کارکنان هر شیفت:  نفر. تعداد کارکنان شیفت شب:  نفر
- ۳- در رابطه با بندهای ۱ یا ۲ در صورتی که از پیمانکار یا پیمانکاران فرعی استفاده می نمایند موارد زیر را مشخص فرمایید:
- تعداد کل کارکنان ثابت و دائمی:  نفر
  - تعداد کارکنان متغیر (قراردادی یا روز مزد): حداقل  نفر حداکثر  نفر
- ۴- لطفاً خطرهای احتمالی برای کارکنان را شرح دهید:
- کار در ارتفاع: بله  خیر  کار با مواد آتش زا: بله  خیر  سایر (نام ببرید)
- سایر توضیحات:
  - کارکنان از چه وسایل ایمنی استفاده می کنند: کلاه  دستکش  کفش  عینک  سایر (نام ببرید)
  - انواع ماشین آلات موجود در کارگاه را نام ببرید: پرس  برش  چکش برقی  گیوتین  CNC  سایر (نام ببرید)
  - آیا تجهیزات مذکور مجهز به چشم الکترونیک و سیستم های ایمنی استاندارد می باشند: بله  خیر
- ۵- چنانچه مایل هستید هزینه پزشکی بیمه شدگان مازاد بر هزینه های قابل جبران توسط سازمان تامین اجتماعی ویا سازمان خدمات درمانی پرداخت گردد مشخص فرمایید: بله  خیر

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:	مبلغ (ریال)	
تعهد بیمه گر برای جبران هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه		
حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه		
تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص 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 نقص عضو در طول مدت بیمه		

\* با توجه به شرایط بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان، خسارات ناشی از حوادث زیر تحت پوشش نمی‌باشند:  
هرگونه 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، غرامت 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 در حین ایاب و ذهاب به کارگاه
- بیمه مسئولیت مدنی پیمانکاران فرعی، مهندسین ناظر و مشاور
- بیمه افزایش دیات برای سال های آتی  یک سال  دو سال
- بیمه پرداخت خسارت بدون رای 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 تامین اجتماعی (موضوع تبصره یک ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی) علیه شما در ارتباط با کارکنان بابت هزینه هایی

که از سوی آن سازمان پرداخت می گردد، بیمه شود؟  بله  خیر

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

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

● بدین وسیله اعلام و اقرار می نماید، پاسخ های مندرج در این پیشنهاد به طور کامل و صحیح اظهار گردیده و هیچ گونه 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.

تاریخ: نام و امضای پیشنهاد دهنده:

این قسمت توسط نماینده (کارگزار) تکمیل گردد:

● نمایندگی / کارگزار موظف است به متقاضی تاکید نماید که پیشنهاد را به صورت 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.

تاریخ: کد نماینده / کارگزار: مهر و امضای نماینده / کارگزار: