



(سهامی عام)

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

شماره شناسایی سند: PI24FI10

شماره بازنگری: 06

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

مشخصات بیمه‌گذار

مدت بیمه‌نامه:	روز/سال:	تاریخ شروع بیمه‌نامه: از ساعت ۲۴ مورخ	تاریخ پایان بیمه‌نامه: تا ساعت ۲۴ مورخ
----------------------	----------------	---	--

مدت

نام محل فعالیت:

نشانی محل فعالیت:

شرح تفصیلی کار و روش اجرا:

ابزارهای مورد استفاده در انجام کار:

مشخصات فعالیت

خطرات احتمالی:

- انفجار ناشی از سقوط اجسام برق‌گرفتگی سوختگی و آتش‌سوزی گزیدگی حیوانات
- سقوط از ارتفاع (تا ارتفاع متر) ریزش مصالح بیماری‌های شغلی که در اثر مرور زمان ایجاد می‌گردد: مانند
- سایر خطرات:

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

در صورتی که پاسخ مثبت می‌باشد 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 آن‌ها می‌باشید؟ بلی خیر ساعات کاری:
- نگهبان-حراست: حداقل نفر و حداکثر نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آن‌ها می‌باشید؟ بلی خیر ساعات کاری:
- خدماتی-نظافتی: حداقل نفر و حداکثر نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آن‌ها می‌باشید؟ بلی خیر ساعات کاری:
- فنی-تولیدی (فعالیت اصلی): حداقل نفر و حداکثر نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آن‌ها می‌باشید؟ بلی خیر ساعات کاری:
- سایر (با ذکر نوع فعالیت): حداقل نفر و حداکثر نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آن‌ها می‌باشید؟ بلی خیر ساعات کاری:
- (در صورتی که بیمه‌گذار لیست اسامی کلیه کارکنان را در زمان صدور بیمه‌نامه به بیمه‌گر 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 بیمه‌های درمانی می‌باشند و تعداد نفر از کارکنان تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی یا سایر بیمه‌های درمانی نمی‌باشند.
- تعداد شیفت‌های کاری: / ساعات کاری هر شیفت از تا تعداد نفر / از تا تعداد نفر.

شماره بیمه‌نامه سال قبل: نام بیمه‌گر قبلی: تعداد حوادث منجر به فوت و نقص عضو و یا هزینه‌های پزشکی در سه سال گذشته

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

سوابق خسارت



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

الف: در هر حادثه:	ب: در طی دوره بیمه‌نامه:
حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه‌های عادی:..... ریال	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو:..... ریال
حداکثر تعهد فوت برای هر نفر در ماه‌های حرام:..... ریال	حداکثر تعهد هزینه‌های پزشکی:..... ریال
حداکثر تعهد هزینه‌های پزشکی برای هر نفر:..... ریال	

میزان تعهدات مورد درخواست جهت کارکنان

آیا مایل به خرید پوشش‌های تکمیلی زیر می‌باشید؟

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

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

- ۱۱- جبران هزینه‌های پزشکی برای شخص بیمه‌گذار، مدیرعامل و اعضای هیئت مدیره در محدوده فعالیت مندرج در بیمه‌نامه. بلی خیر
- ۱۲- صدمات جسمانی وارد به اشخاص ثالث در محدوده فعالیت مندرج در بیمه‌نامه. بلی (۱ نفر ۲ نفر ۳ نفر خیر
- ۱۳- مابه‌التفاوت افزایش دیات بیمه‌نامه تا یک سال از تاریخ انقضاء بیمه‌نامه. بلی خیر
- ۱۴- پرداخت غرامت دستمزد روزانه کارکنان. بلی خیر
- ۱۵- حوادث غیر مرتبط با فعالیت مندرج در بیمه‌نامه. بلی خیر
- ۱۶- افزایش ۲۰٪ تعداد کارکنان. (ویژه بیمه‌نامه‌های بی‌نام) بلی خیر
- ۱۷- اهمال غیر عمدی کارکنان. بلی خیر
- ۱۸- مسئولیت بیمه‌گذار در قبال شخص مهندسین ناظر، مشاور، مجری و پیمانکاران طرف قرارداد. بلی خیر
- ۲۰- مسئولیت مهندسین 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 بیمه‌گر جهت جبران خسارت جانی وارد به اشخاص ثالث از سقف تعهدات در طی دوره بیمه‌نامه کارکنان تجاوز نخواهد نمود.

سایر پوشش‌های مورد درخواست بیمه‌گذار:

.....

.....

اینجانب به عنوان بیمه‌گذار نماینده بیمه‌گذار تعهد می‌نمایم که اظهارات مندرج در این پیشنهاد بر اساس اصل حسن‌نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه‌نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان (غیر ساختمانی) تنظیم گردیده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه‌گر می‌تواند مطابق مقررات رفتار نماید. لذا موافقت می‌گردد این پیشنهاد مبنای صدور بیمه‌نامه قرار گیرد.

تاریخ تکمیل پیشنهاد: نام، امضاء و مهر بیمه‌گذار:

این قسمت توسط نمایندگی/واحد صدور تکمیل می‌گردد:

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

پوشش‌های تکمیلی مورد درخواست

تایید به بیمه‌گذار