

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی با مشخصات زیر صادر نمائید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

تنها حوادثی که در محدوده مکانی و زمانی بیمه نامه رخ دهد و بیمه گذار مسئول آن شناخته شود، تحت پوشش این بیمه نامه خواهد بود.

الف) مشخصات عمومی:

نام کامل بیمه گذار (حقیقی/حقوقی) : ----- نوع بیمه گذار: دولتی خصوصی

تاریخ تولد/تأسیس : روز ----- ماه ----- سال ----- تلفن/همراه : -----

کد پستی : ----- کد ملی/شناسه ملی : -----

نشانی : -----

عمده ترین پروژه ها و فعالیت هایی که توسط متقاضی بیمه طی پنج سال گذشته انجام شده است؟ -----

آیا در طی سه سال گذشته، حوادث منجر به فوت و نقص عضو و یا هزینه پزشکی روی داده است؟

بلی خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر مبلغ و تاریخ در جدول مرقوم فرمایید :

جدول ۱- سابقه خسارت

ردیف	سال حادثه	تعداد حادثه	نوع حادثه (هزینه پزشکی، فوت و نقص عضو)	درصد تقصیر	میزان خسارت (ریال)

مدت بیمه : ----- روز ----- از تاریخ ----- تا تاریخ -----

حداکثر تعهد بیمه گر بابت هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه : ----- ریال

حداکثر تعهد بیمه گر بابت هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه : ----- ریال

حداکثر تعهد بیمه گر بابت غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه (ماه عادی) : ----- ریال

حداکثر تعهد بیمه گر بابت غرامت فوت هر نفر در هر حادثه (ماه حرام) : ----- ریال

حداکثر تعهد بیمه گر بابت غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه : ----- ریال

ب) موضوع فعالیت بیمه‌گذار :

۱- چنانچه نوع فعالیت ساختمانی می‌باشد موارد زیر را تکمیل فرمایید:

موضوع پروژه ساختمانی :

نوع اسکلت : بتنی فلزی سایر : / مساحت کل زیربنا ----- متر مربع.

پروژه شامل : تخریب و احداث بنا احداث بنا

میزان پیشرفت کار: (با ذکر درصد پیشرفت و مرحله اجرای کار) :

شماره پروانه ساخت : تاریخ پروانه ساخت :

توجه : چنانچه مورد بیمه صرفاً شامل احداث سوله، بازسازی ساختمان و یا اجرای نما می‌باشد مشخصات مورد بیمه در بند ۳ (فعالیت خدماتی، بازرگانی و صنعتی) تکمیل گردد.

تعداد نیروی کار : حداقل ----- نفر، حداکثر ----- نفر

تعداد نوبت کاری (شیفت) : ----- فعالیت در روزهای تعطیل : بلی خیر شب کاری کارکنان : بلی خیر

نشانی محل فعالیت :

۲- چنانچه نوع فعالیت پروژه عمرانی می‌باشد موارد زیر را تکمیل فرمایید:

موضوع پروژه عمرانی :

شماره و تاریخ پیمان (در صورت وجود) : مدت و مبلغ پیمان:

تعداد کارکنان ثابت (دائمی) : ----- نفر ، تعداد کارکنان متغیر (قراردادی موقت و روزمزد) حداقل: ----- نفر و حداکثر: ----- نفر.

تعداد نوبت کاری (شیفت) : ----- فعالیت در روزهای تعطیل : بلی خیر شب کاری کارکنان : بلی خیر

نشانی محل فعالیت :

۳- چنانچه نوع فعالیت خدماتی، بازرگانی و صنعتی می‌باشد موارد زیر را تکمیل فرمایید:

موضوع فعالیت / شرح فعالیت شغلی:

تعداد کارکنان ثابت (دائمی) : ----- نفر ، تعداد کارکنان متغیر (قراردادی موقت و روزمزد) حداقل: ----- نفر و حداکثر: ----- نفر.

تعداد نوبت کاری (شیفت) : ----- فعالیت در روزهای تعطیل : بلی خیر شب کاری کارکنان : بلی خیر

نشانی محل فعالیت :

ج) پوشش‌های درخواستی بیمه‌نامه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان :

۱- پوشش حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری

۲- پوشش جبران هزینه های پزشکی

۳- پوشش تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی

۴- سرمایه درخواستی در هر حادثه مبلغ ----- ریال، سرمایه درخواستی در طول مدت بیمه‌نامه مبلغ ----- ریال).

پوشش مسئولیت بیمه‌گذار در قبال اشخاص ثالث

- ۵- پوشش افزایش ریالی دیه (یکسال آتی دوسال آتی سهسال آتی)
- ۶- پوشش تعدد دیات و دیات غیرمصری
- (سرمایه درخواستی در هر حادثه مبلغ ----- ریال، سرمایه درخواستی در طول مدت بیمهنامه مبلغ ----- ریال).
- ۷- پوشش مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان * لیست افرادی که به مأموریت اعزام می گردند اعلام گردد.
- ۸- پوشش مسئولیت مجری ذیصلاح ساختمان * در بیمهنامه های ساختمانی و عمرانی.
- ۹- پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمهنامه
- ۱۰- پوشش غرامت دستمزد روزانه
- (سرمایه درخواستی دستمزد روزانه هرنفر مبلغ ----- ریال، سرمایه درخواستی در طول مدت بیمهنامه مبلغ ----- ریال).
- ۱۱- پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیأت کارشناسی
- ۱۲- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان عوامل اجرایی * درج تعداد کارکنان الزامی می باشد.
- ۱۳- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال شخص عوامل اجرایی * نوع فعالیت و اسامی عوامل اجرایی اعلام گردد.

ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر براساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمهنامه اعلام گردیده، لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمهنامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

تاریخ:

نماینده / کارگزار:

نام و امضاء بیمه گذار: