



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

مشخصات بیمه گذار	نام کامل بیمه گذار (حقیقی / حقوقی): ..... تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... <b>کد نماینده/کارگزار:</b> ..... کد ملی / شناسه ملی: ..... شماره شناسنامه / شماره ثبت: ..... کد اقتصادی: ..... نشانی بیمه گذار: استان ..... شهر ..... خیابان ..... پلاک ..... کد پستی: ..... تلفن: ..... تلفن همراه: ..... دورنگار: .....
سوابق خسارت	تعداد حوادث و مبالغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت بیمه گذار در ۲ سال گذشته را به تفکیک هر حادثه اعلام فرمایید. .....
مشخصات فعالیتهای عمرانی	چنانچه نوع <b>فعالیت اجرای پروژه عمرانی</b> می باشد موارد زیر را مشخص فرمایید: فعالیت شغلی اصلی ( موضوع کار ): ..... نشانی محل کار: استان ..... شهر ..... خیابان ..... پلاک ..... تعداد کل کارکنان ثابت: ..... نفر / تعداد کارکنان متغیر ( قراردادی یا روزمزد ): حداقل ..... نفر حداکثر ..... نفر تعداد شیفت های کاری در شبانه روز: ..... ساعت کاری هر شیفت: از ..... تا ..... تعداد ..... نفر / از ..... تا ..... تعداد ..... نفر / از ..... تا ..... تعداد ..... نفر آیا کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی یا خدمات درمانی می باشند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
مشخصات فعالیتهای تولیدی، صنعتی، خدماتی، بازرگانی	چنانچه نوع <b>فعالیت تولیدی، صنعتی، خدماتی، بازرگانی</b> می باشد موارد زیر را مشخص فرمایید: فعالیت شغلی اصلی ( موضوع کار ): ..... نشانی محل کار: استان ..... شهر ..... خیابان ..... پلاک ..... تعداد کل کارکنان ثابت: ..... نفر / تعداد کارکنان متغیر ( قراردادی یا روزمزد ): حداقل ..... نفر حداکثر ..... نفر تعداد شیفت های کاری در شبانه روز: ..... ساعت کاری هر شیفت: از ..... تا ..... تعداد ..... نفر / از ..... تا ..... تعداد ..... نفر / از ..... تا ..... تعداد ..... نفر
پوشش های تکمیلی	بیمه گذار محترم در صورتیکه از <b>پیمانکار یا پیمانکاران فرعی</b> استفاده می نماید موارد زیر را مشخص فرمایید: تعداد کل کارکنان ثابت: ..... نفر / تعداد کارکنان متغیر ( قراردادی یا روزمزد ): حداقل ..... نفر حداکثر ..... نفر مشخصات پیمانکاران: ..... آیا کارکنان تحت پوشش بیمه گر پایه (بیمه تامین اجتماعی و یا بیمه سلامت) می باشند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر آیا تمایل به صدور بیمه نامه به صورت با نام دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر (در صورت با نام بودن ضروری است لیست اسامی کلیه کارکنان در زمان صدور بیمه نامه ارائه و تغییرات مربوطه در طول مدت اعتبار بیمه نامه حداکثر ظرف مدت ۳ روز کاری کتبا به بیمه گر اعلام گردد)
خطرات احتمالی و ایمنی کار	خطرهای احتمالی برای کارکنان را شرح دهید: کار در ارتفاع: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد کار با مواد منفجره و آتش زا: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر سایر موارد: ..... کارکنان از چه وسایل ایمنی استفاده می کنند: ..... انواع ماشین آلات موجود در کارگاه: پرس <input type="checkbox"/> برش <input type="checkbox"/> چکش برقی <input type="checkbox"/> گیوتین <input type="checkbox"/> CNC <input type="checkbox"/> سایر موارد: ..... آیا ماشین آلات موجود در کارگاه مجهز به چشم الکترونیک و سیستمهای ایمنی استاندارد می باشند: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
مدت بیمه	مدت بیمه مورد درخواست: ..... روز از ساعت ۲۴ روز ..... / ..... / ..... تا ساعت ۲۴ روز ..... / ..... / .....
درخواستی تعهدات	تعهد بیمه گر برای جبران هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه ..... ریال حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه ..... ریال تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی ..... ریال تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام ..... ریال حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران غرامت های فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه ..... ریال

در صورت تمایل می توانید با انتخاب پوشش های تکمیلی به شرح زیر و پرداخت حق بیمه اضافی، نسبت به اخذ پوشش های اضافی اقدام نمایید:

پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار برای حوادث نقلیه موتوری. (پوشش بیمه ای کارکنان در حین مأموریت ناشی از حوادث و وسایل نقلیه موتوری خارج از کارگاه منوط به دریافت کلوز مأموریت خارج از کارگاه و با نام میباشد)

پوشش جبران هزینه های پزشکی.

پوشش بیمه ای مطالبات سازمان تامین اجتماعی. ( تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی )

حداکثر میزان سرمایه مورد درخواست برای مطالبات مستمری هر نفر در هر حادثه ..... ریال

حداکثر میزان سرمایه مورد درخواست برای مطالبات مستمری در طول مدت بیمه نامه ..... ریال

پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث. (فقط رشته کارفرما در قبال کارکنان تولیدی، صنعتی، خدماتی، بازرگانی)

پوشش بیمه ای افزایش دیات برای سالهای آتی:  یکسال  دوسال  سه سال

پوشش تعدد دیات و دیات غیر مسری:

حداکثر تعهد بیمه گر برای هر نفر در هر حادثه ..... ریال

حداکثر تعهد بیمه گر در طول مدت بیمه نامه ..... ریال

پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار برای مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان. (ارائه اسامی کارکنان و نوع مأموریت الزامیست)

اسامی مأمورین : .....

پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه نامه.

پوشش بیمه ای غرامت دستمزد روزانه:

حداکثر تعهد بیمه گر بابت غرامت دستمزد روزانه کارکنان برای هر نفر ..... ریال

حداکثر تعهد بیمه گر بابت غرامت دستمزد روزانه کارکنان در طول مدت بیمه نامه ..... ریال

**نکته** (حداکثر تعهد غرامت دستمزد روزانه برای هر نفر از مبلغ ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال و در طول مدت بیمه نامه از ۱۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال تجاوز نخواهد کرد)

پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی:

حداکثر تعهد بیمه گر در طول مدت قرارداد ..... ریال

**نکته** (حداکثر تعهد بیمه گر در طول مدت قرارداد از مبلغ ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال تجاوز نخواهد کرد)

اینجانب ..... بدینوسیله اعلام و اقرار می نمایم که اظهارات و پاسخهای مندرج در این فرم پیشنهاد بطور کامل و

صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است. همچنین موافقت می شود که این

پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

مهر 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 نماید و در صورتیکه به وظایف خود عمل ننماید طبق دستورالعمل اجرائی مراتب بررسی و اقدام گردد.

مهر و امضای نماینده/کارگزار

تاریخ: .....