

**پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان**  
**ویژه فعالیتهای ساختمانی**

**کد نماینده/کارگزار:**

نام کامل بیمه گذار ( حقیقی / حقوقی ) :

کد ملی / شناسه ملی : ..... شماره شناسنامه / شماره ثبت : ..... کد اقتصادی .....  
نشانی بیمه گذار : استان.....شهر.....خیابان.....پلاک.....  
کد پستی:.....تلفن:.....تلفن همراه:.....دورنگار:.....

**مشخصات  
بیمه  
گذار**

فهرست بعضی از بزرگترین کارهای اجرا شده توسط پیشنهاد دهنده در پنج سال گذشته با ذکر موضوع و ارزش قرارداد :

**سوابق  
فعالیت**

تعداد حوادث و مبالغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت پیشنهاد دهنده در ۲ سال گذشته را به تفکیک هر حادثه اعلام فرمایید:

**سوابق  
خسارت**

نشانی محل مورد بیمه : استان.....شهر.....خیابان.....پلاک.....  
اکنون عملیات ساختمانی در چه مرحله ای است؟

تخریب ☐ گودبرداری ☐ فونداسیون ☐ نصب اسکلت فلزی ☐ سفت کاری ☐ نازک کاری ☐  
شرح فعالیتهای در حال انجام و میزان پیشرفت فیزیکی پروژه در مرحله انتخاب شده :

**مشخصات موضوع فعالیت و نیروی کار**

مساحت کل زیر بنا (شامل مساحت مندرج در پروانه ساختمانی و اضافه بنا):.....متر مربع

نوع اسکلت: بتنی ☐ فلزی ☐ چوبی ☐ کاه و گل ☐ سایر:.....تعداد طبقات:.....طبقه .....تعداد بلوک:.....بلوک

سمت بیمه گذار در محل مورد بیمه (کارگاه ساختمانی): صاحبکار(مالک) سازنده ☐ (مجری) ☐  
نوع استخدام و تعداد کارکنان بیمه گذار:  
ثابت(دائمی):.....نفر / قراردادی:حداقل .....نفر و حداکثر .....نفر / روزمزد:حداقل .....نفر و حداکثر .....نفر  
تعداد کارکنان پیمانکار یا پیمانکاران (اصلی و فرعی) شاغل در پروژه :  
مشخصات پیمانکاران:.....  
نیروی کار ثابت(دائمی):.....نفر / نیروی کار متغیر حداقل .....نفر و حداکثر .....نفر

آیا تمایل به صدور بیمه نامه به صورت با نام دارید ؟ بلی 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 اعلام گردد )

آیا کارکنان تحت پوشش بیمه گر پایه ( بیمه تامین اجتماعی و یا بیمه سلامت ) می باشند؟ بلی ☐ خیر ☐

خطرهای احتمالی برای کارکنان را شرح دهید :

**خطرات  
احتمالی**

سایر موارد:.....

مدت بیمه مورد درخواست : ..... روز از ساعت ۲۴ روز ..... تا ساعت ۲۴ روز .....

**مدت  
بیمه**

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 غرامت های فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه

**تعهدات درخواستی**

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.

☐ 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)

☐ پوشش بیمه ای مسئولیت مجری ذیصلاح ساختمان

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 اجرایی مراتب بررسی و اقدام گردد .

مهر و امضای نماینده/کارگزار

تاریخ : .....