

نشانی: تهران - میدان ونک
 خیابان ونک - پلاک ۹
 کدپستی: ۱۹۹۴۶۱۸۳۱۷
 تلفن: ۰۲۱ - ۸۶۹۰
 www.bimehma.ir

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان



شرکت بیمه "ما" خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان را با مشخصات زیر صادر نمایید.

مشخصات بیمه گذار

نام و نام خانوادگی: کد ملی/کد اقتصادی: نام پدر:
 تاریخ تولد/تأسیس: روز ماه سال کد پستی:
 تلفن / همراه: وضعیت حقوقی پیشنهاد دهنده: دولتی خصوصی
 نشانی:
 شرکت بیمه سال قبل: شماره بیمه نامه سال قبل:

نشانی
محدوده مکانی

نشانی محدوده مکانی فعالیت موضوع بیمه:

* چنانچه نوع فعالیت پروژه ساختمانی می باشد موارد زیر را پاسخ دهید:

مشخصات بنا

شماره پروانه ساخت: تاریخ صدور پروانه: / / کل متراژ زیر بنا مندرج در پروانه ساخت: متر مربع
 اضافه بنا متر مربع تعداد بلوک: تعداد طبقات (جمعاً با احتساب همکف): طبقه، به اضافه طبقه زیر زمین.
 پلاک ثبتی ملک:
 نوع سازه در دست ساخت: بتنی فلزی سایر:
 متراژ و تعداد طبقات ساختمان تخریبی: تعداد کل کارکنان:

* چنانچه موضوع فعالیت بیمه گذار صنعتی، خدماتی، تجاری یا عمرانی می باشد موارد زیر را پاسخ دهید:

مشخصات کار و نیروی کار

نوع فعالیت:
 شرح تفصیلی کار و روش اجرا:
 ابزار های مورد استفاده در انجام کار:
 آیا با خطر انفجار هم سرو کار دارید؟ بلی خیر ناشی از چه چیزی؟
 تعداد نیروی کار شاغل در محل اجرای کار با احتساب تعداد کارکنان پیمانکاران(در صورت وجود):
 تعداد کل کارکنان و کارگران شاغل(ثابت): نفر.
 تعداد نیروی کار متغیر (قراردادی، روزمزد) حداقل نفر حداکثر نفر.
 نیروی کار پیمانکار فرعی و کارفرما و ... در تعداد نیروی کار لحاظ گردد.
تفکیک نیروها:
 اداری-دفتری: نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آنها می باشید؟ بلی خیر ساعات کاری
 نگهبان-حراست: نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آنها می باشید؟ بلی خیر ساعات کاری
 خدماتی-نظافتی: نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آنها می باشید؟ بلی خیر ساعات کاری
 فنی-تولیدی(فعالیت اصلی بیمه گذار): نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آنها می باشید؟ بلی خیر
 سایر(با ذکر نوع فعالیت): نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آنها می باشید؟ بلی خیر
 تعداد شیفت های کاری:

آیا در دو سال گذشته ، حوادث منجر به فوت و نقص عضو و یا هزینه های پزشکی در محل کار شما روی داده است؟ بلی خیر

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

تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)

الف : در هر حادثه:

حداکثر غرامت فوت و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی برای هر نفر (ماه عادی): ریال

حداکثر غرامت فوت هر نفر در ماه های حرام : ریال

حداکثر هزینه های پزشکی برای هر نفر: ریال

ب : در طی دوره بیمه :

حداکثر تعهد بیمه گر برای فوت و نقص عضو : ریال

حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه های پزشکی: ریال

۱- پوشش حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری بلی خیر

۲- پوشش جبران هزینه های پزشکی بلی خیر

۳- پوشش تبصره یک ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی تا سقف ریال برای هر نفر و در کل تا سقف تعهدات در طول مدت بیمه نامه. بلی خیر

۴- پوشش مسئولیت بیمه گزار در قبال اشخاص ثالث بلی خیر

۵- پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه طی یکسال آتی طی دو سال آتی طی سه سال آتی بلی خیر

۶- پوشش تعدد دیات و دیات مُسری تا سقفریال بلی خیر

۷- پوشش مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان بلی خیر

۸- پوشش مسئولیت مجری ذیصلاح ساختمان بلی خیر

۹- پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه نامه(در بیمه نامه های مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان ساختمانی این نوسان بر روی مترای اعمال می شود) بلی خیر

۱۰- پوشش غرامت دستمزد روزانه بلی خیر

چنانچه علاوه بر موارد فوق، درخواست پوشش بیمه ای دیگری در زمینه بیمه های مسئولیت دارید مرقوم فرمایید؟

مدت بیمه نامه از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ به مدت روز می باشد.

اینجانب تعهد می نمایم که به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان می باشد در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند مطابق مقررات اقدام نماید.

تاریخ:

مهر یا امضای بیمه گذار :