

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

در حال اجرای کدامیک از موارد می باشید؟ تخریب گودبرداری اجرای پی سفتکاری ناکاری، نازک کاری سایر:
 شماره پروانه ساخت: تاریخ صدور پروانه: / / کل مترائز 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:
 مترائز 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

آیا بیمه گذار مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر می باشد ؟

پوشش اضافی شماره (۱) : دیه دوم و مازاد برای کارکنان تا سقف ریال. بلی خیر

پوشش اضافی شماره (۲) : ماموریت های خارج از کارگاه کارکنان بلی خیر

پوشش اضافی شماره (۳) : غرامت جانی وارد به کارکنان در خوابگاه، رستوران و سایر اماکن مرتبط با کارگاه در داخل و خارج محدوده مکانی تحت پوشش. (اعلام آدرس محدوده مکانی خارج از کارگاه الزامی خواهد بود). بلی خیر

پوشش اضافی شماره (۵) : خسارات ناشی از وسایل نقلیه موتوری زمینی بلی خیر

پوشش اضافی شماره (۶) : مسئولیت پیمانکاران فرعی در قبال کارکنان بیمه گذار. (پوشش اجباری برای کارفرمای ساختمانی) بلی خیر

پوشش اضافی شماره (۷) : مسئولیت مهندس طراح، ناظر ، مشاور و مجری در قبال کارکنان . بلی خیر

پوشش اضافی شماره (۸) : پرداخت غرامت فوت و نقص عضو کارکنان بدون رای دادگاه . بلی خیر

پوشش اضافی شماره (۹) : پرداخت هزینه های پزشکی کارکنان بدون اعمال تعرفه وزارت بهداشت و در حد متعارف (هم تراز) تا سقف تعهدات درخواستی. بلی خیر

پوشش اضافی شماره (۱۰) : پرداخت مطالبات 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

پوشش اضافی شماره (۱۱) جبران خسارات های جسمانی وارد به شخص بیمه گذار، کارفرما و پیمانکار در محل کارگاه. بلی خیر

پوشش اضافی شماره (۱۲) بیمه مسئولیت برای جبران صدمات جسمانی وارد به اشخاص ثالث در محدوده مکانی تحت پوشش بیمه نامه . بلی خیر

پوشش اضافی شماره (۱۳) ما به التفاوت افزایش دیات مازاد بر تعهدات مندرج در بیمه نامه طی یکسال آتی طی دوسال آتی طی سه سال آتی بلی خیر

پوشش اضافی شماره (۱۴) پرداخت غرامت دستمزد روزانه کارکنان بلی خیر

پوشش اضافی شماره (۱۵) غرامت جانی وارد به کارکنان در محیط کار ناشی از حوادث غیر مرتبط با حرفه تخصصی کارکنان بلی خیر

پوشش اضافی شماره (۱۶) پوشش نوسان بیست درصدی تعداد کارکنان بلی خیر

پوشش اضافی شماره (۱۸) مسئولیت بیمه گذار در قبال شخص مهندس ناظر و مشاور و پیمانکار در محدوده تحت پوشش بیمه نامه 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 (ساختمانی) می باشد در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند مطابق مقررات اقدام نماید.

تاریخ:

مهر یا امضای بیمه گذار :