



شرکت بیمه نوین (سهامی عام)

FO-LI-01-03

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

شماره:
تاریخ:

حرفه ای کار فرما در برابر کارکنان

قابل توجه بیمه گذار محترم:

نظر به اینکه بیمه نامه مورد در خواست شما بر اساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می شود لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمائید.

شرکت بیمه نوین

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

نام متقاضی بیمه:	شماره شناسنامه / شماره ثبت:
نشانی متقاضی:	تاریخ تولد / تاریخ ثبت:
نشانی محل مورد بیمه:	شماره ملی:
تعداد حوادث و مبالغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت متقاضی در پنج سال گذشته (به تفکیک هر حادثه):	تلفن:
در صورت دارا بودن بیمه نامه قبلی شماره بیمه نامه و شرکت بیمه ذکر گردد:	

روش پوشش بیمه ای: با نام (لطفاً لیست مشخصات کارکنان را ضمیمه فرمائید) بی نام

تعداد کارکنان (مجموع شیفتها): کارکنان ثابت و دائمی: نفر و قراردادی و روز مزد: حداقل نفر و حداکثر نفر (ساده / نفر و متخصص / نفر)

تعداد کارکنان پیمانکاران فرعی (در صورت اخذ پوشش اضافی مسئولیت پیمانکاران فرعی الزامی است):

ساختمانی	تخریب و احداث بنا <input type="checkbox"/> مساحت کل زیر بنا <input type="checkbox"/> متر مربع / فقط نصب اسکلت یا اجرای نمای ساختمان <input type="checkbox"/> نوع سازه: بتنی <input type="checkbox"/> فلزی <input type="checkbox"/>
عمرانی	نام پروژه:
صنعتی، بازرگانی، خدماتی	نوع فعالیت کاری:

پوششهای اضافی مورد درخواست (لطفاً داخل مربع علامت بزنید):

<input type="checkbox"/> ۱- مأمورینهای خارج از محل کارکنان	<input type="checkbox"/> ۸- جبران مطالبات سازمانهای تأمین اجتماعی و خدمات در مانی برای هر نفر تا سقف <input type="checkbox"/> ریال
<input type="checkbox"/> ۲- اماکن وابسته به محل کارکنان مانند رستوران، حمام، سالن ورزشی ... و محل اقامت	<input type="checkbox"/> ۹- جبران خسارات بدنی شخص کارفرما و پیمانکار.
<input type="checkbox"/> ۳- حوادث وسایل نقلیه موتوری	<input type="checkbox"/> ۱۰- جبران خسارات جانی وارد به اشخاص ثالث تا سقف دو نفر (فقط فعالیتهای ساختمانی، عمرانی و صرفاً صنعتی) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ۴- مسئولیت پیمانکاران فرعی (برای فعالیت ساختمانی الزامی است)	<input type="checkbox"/> ۱۱- مابه التفاوت افزایش دیه به میزان ۲۰ درصد برای: یک سال <input type="checkbox"/> دو سال <input type="checkbox"/> سه سال آتی <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ۵- مسئولیت مهندسین ناظر و مشاور	<input type="checkbox"/> ۱۲- پرداخت غرامت روزانه کارکنان ساده <input type="checkbox"/> ریال و متخصص <input type="checkbox"/> ریال
<input type="checkbox"/> ۶- پرداخت خسارت بدون رای دادگاه	<input type="checkbox"/> ۱۳- حوادثی که ارتباطی با نوع فعالیت بیمه شده ندارد. (برای فعالیت ساختمانی الزامی نمی باشد) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ۷- جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه	

درخواست اعمال فرانشیز به میزان: پنج درصد ده درصد پانزده درصد بیست درصد بیست و پنج درصد

مدت بیمه: از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز

حداکثر تعهدات مورد تقاضا برای هر نفر در هر حادثه	حداکثر تعهدات مورد تقاضا در مدت بیمه نامه
۱- هزینه پزشکی	۱- هزینه های پزشکی
۲- غرامت فوت و نقص عضو در ماههای عادی	۲- غرامت فوت و نقص عضو
۳- غرامت فوت در ماههای حرام	
۴- دیه دوم و به بالا برای نقص عضو	

ضمناً اعلام میدارد که اظهارات فوق الذکر براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت مینماید که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

نام و امضاء نماینده / کار گزار بیمه: _____ نام و امضاء متقاضی بیمه: _____

دفتر مرکزی: تهران - بلوار میرداماد - میدان مادر - خیابان بهروز - نبش خیابان یکم پلاک ۱۱ تلفن: ۵۳-۲۲۲۵۸۰۴۷ فاکس: ۲۲۹۲۳۸۴۶