



پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در مقابل کارکنان

کد سند: 09FM22

شماره بازنگری: 01

صفحه: ۱ از ۴

الف) مشخصات عمومی:

۱- نام کامل شخص یا مؤسسه یا شرکت پیشنهاد دهنده: _____
 کد ملی: _____ شماره شناسنامه: _____

۲- نشانی پیشنهاد دهنده: _____
 کدپستی: _____ تلفن: _____
 وضعیت حقوقی پیشنهاد دهنده دولتی خصوصی

۳- تعداد حوادث و مبالغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت پیشنهاد دهنده در پنج سال گذشته (به تفکیک هر حادثه): _____

ب) پرسشهای عمومی در مورد کار و موضوع فعالیت پیشنهاد دهنده:

۱- چنانچه نوع فعالیت اجرای پروژه عمرانی می باشد موارد زیر را مشخص فرمایید:
 نام صاحبکار: _____ موضوع کار: _____ مبلغ قرارداد (پیمان): _____
 مدت قرارداد: _____ نشانی محل کار: _____

۲- چنانچه نوع فعالیت ساختمانی می باشد موارد زیر را پاسخ فرمایید:
 تخریب و احداث بنا احداث سوله بازسازی بنا موجود مساحت کل بنا

صرفاً نصب اسکلت و یا انجام نمای ساختمان نوع اسکلت: بتونی فلزی
 نشانی محل کار: _____

۳- چنانچه نوع فعالیت صنعتی، خدماتی و بازرگانی می باشد موارد زیر را مشخص فرمایید:
 - نوع فعالیت: _____
 - نشانی محل کار: _____

۴- در ارتباط با نیروی کار شاغل (به غیر از احداث بنا) موارد زیر مشخص نمایید:
 نوع استخدام و تعداد کارکنان ثابت و دائمی

قراردادی: حداقل نفر و حداکثر نفر
 روزمزد: حداقل نفر و حداکثر نفر

۵- لطفاً در صورت انجام کار (صنعتی تجاری خدماتی) بصورت شیفت، تعداد آن را مشخص فرمایید:
 تعداد نوبت کاری (شیفت)

۶- لطفاً محدوده مکانی مورد بیمه را مشخص فرمایید
 فقط محوطه انجام کار محل اقامت کارکنان و مأموریت های خارج از کارگاه سایر مکان های وابسته به کار مانند رستوران، حمام، سالن ورزش و



پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در مقابل کارکنان

کد سند : 09FM22

شماره بازنگری : 01

صفحه: ۲ از ۴

۷- آیا مایل هستید صدمات وارد به کارکنان ناشی از وسایل نقلیه موتوری را بیمه نمایید : بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۸- چنانچه مایل هستید غیر از مسئولیت شما مسئولیت اشخاص زیر نیز بیمه گردد مشخص فرمائید. پیمانکاران فرعی و سایر کسانی که به نحوی بخشی از کار مورد بیمه را انجام می دهند <input type="checkbox"/> مهندسین ناظر و مشاور <input type="checkbox"/>
۹- نحوه پرداخت خسارت را انتخاب فرمایید : پرداخت هر نوع خسارت فقط با رأی دادگاه <input type="checkbox"/> بدون رأی دادگاه و با احراز مسئولیت توسط بیمه گر <input type="checkbox"/>
۱۰- چنانچه مایل هستید هزینه پزشکی بیمه شدگان مزاد بر هزینه های قابل جبران توسط سازمان تأمین اجتماعی و یا سازمان خدمات درمانی پرداخت گردد مشخص فرمایید. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۱- آیا مایل هستید هزینه های پزشکی طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان جبران گردد؟ بلی طبق تعرفه <input type="checkbox"/> خیر بدون تعرفه (طبق صورت حساب های مراجع درمانی) <input type="checkbox"/>
۱۲- چنانچه مایل هستید شخص بیمه گذار، کارفرما، صاحبکار و پیمانکار مشاور و ناظر نیز بیمه حادثه گردند. لطفاً مشخص فرمایید: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۳- آیا مایل هستید مطالبات احتمالی سازمان تأمین اجتماعی و سایر سازمانهای جایگزین بر علیه شما در ارتباط با کارکنان بابت هزینه هایی که از سوی آن سازمان ها پرداخت می گردد بیمه شود. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سرمایه مورد درخواست را مشخص فرمایید: ریال
۱۴- چنانچه مایل هستید در صورت بروز هر خسارت سهمی از آن را شخصاً بپردازید، لطفاً مشخص فرمایید : پنج درصد <input type="checkbox"/> ده درصد <input type="checkbox"/> بیست درصد <input type="checkbox"/> بیست و پنج درصد <input type="checkbox"/>
۱۵- آیا مایل هستید مسئولیت شما در محل مورد بیمه در خصوص حوادثی که با نوع فعالیت بیمه شده ارتباطی ندارد ، ولی منجر به صدمات جسمانی به کارکنان می گردد ، بیمه شود ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۶- آیا مایل هستید بیمه گر ما به التفاوت افزایش دیه هر سال را علاوه بر میزان تعهدات خریداری شده در بیمه نامه پرداخت نماید ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (چنانچه پاسخ مثبت است تا چند سال ؟) یکسال <input type="checkbox"/> دوسال <input type="checkbox"/> سه سال <input type="checkbox"/>
۱۷- آیا مایل هستید صدمات وارد به کارکنان بر اثر اهمال و یا قصور غیر عمدی، تحت پوشش قرار گیرد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۸- آیا مایل هستید مسئولیت شما در مقابل خسارتهای جانی وارد به اشخاص ثالث بیمه شود؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۹- آیا مایل هستید غرامت افراد براساس دیه پرداخت گردد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>



پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در مقابل کارکنان

کد سند : 09FM22

شماره بازنگری : 01

صفحه : ۳ از ۴

ج (مدت بیمه و حداکثر پوشش های بیمه ای مورد درخواست :

۱- مدت بیمه :	شروع : ساعت ۲۴ روز	انقضاء : ساعت ۲۴ روز
۲- لطفاً میزان سرمایه های بیمه مورد نظر را مشخص نمایید.	ریال و در طول مدت بیمه برای کلیه کارکنان	
حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر :	ریال	
- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه های عادی :		
- حداکثر غرامت فوت برای هر نفر در ماه های حرام :		
- حداکثر تعهد برای دیه دوم و به بالا :		
- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای طول مدت بیمه برای کلیه کارکنان :		
بدین وسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسش نامه و پیشنهاد صحیح بوده و هیچ گونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است همچنین موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.		
تاریخ :	نام و امضای پیشنهاد دهنده :	



پیشنهاد بیمه مسؤلیت مدنی کارفرما در مقابل کارکنان

کد سند : 09FM22

شماره بازنگری : 01

صفحه: ۴ از ۴

این قسمت توسط نمایندگی تکمیل می گردد

<p>۱- آیا اظهار بیمه گذار برای تعداد نیروی کار در فعالیت های تجاری صنعتی خدماتی صحیح است؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p>
<p>۲- آیا در کارگاه مذکور اصول متعارف ایمنی رعایت می گردد؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p>
<p>۳- سایر مواردی که مورد نظر نماینده می باشد.</p> <p>تاریخ : _____</p> <p>کد و نام نمایندگی : _____</p> <p>مهر و امضاء نمایندگی : _____</p>