



Fo-[In-1440-01]-03-01

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان
(ویژه فعالیت‌های صنعتی، خدماتی، بازرگانی)

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۰/۱۳

نماینده/کارگزار:

مشخصات پیشنهاد دهنده

نام پیشنهاد دهنده:	کد ملی/شناسه ملی:	تاریخ تولد/تأسیس: روز	ماه	سال
نشانی پیشنهاد دهنده:	تلفن همراه:			
کد پستی:	نوع مالکیت شرکت:	☐ دولتی	☐ خصوصی	

مشخصات فعالیت موضوع مورد بیمه

موضوع فعالیت:

آیا برای این فعالیت شریک یا شرکائی دارید که تمایل داشته باشید مسئولیت آنان هم‌ردیف مسئولیت بیمه‌گذار تحت پوشش قرار گیرد؟ در صورتی که پاسخ مثبت است نام و کد ملی آنها درج گردد.

نشانی محل فعالیت (لطفاً یکی از موارد زیر را انتخاب نمایید):

☐ نشانی دقیق بدین شرح:☐ به صورت متغیر که ۲۴ ساعت قبل از شروع فعالیت نشانی دقیق را اعلام می‌کنم. (تعهد بیمه‌گر صرفاً برای آدرس‌های اعلامی است)☐ سطح کشور جمهوری اسلامی ایران (بیمه‌نامه باید به صورت بانام یا به صورت بی‌نام و مشروط به ارائه لیست تأمین اجتماعی باشد)

در صورتی که پوشش مسئولیت عوامل اجرایی (پیمانکاران) در قبال کارکنان نیز مورد درخواست است، نام و نوع فعالیت آنان اعلام گردد:

خواهان پوشش مسئولیت به صورت:

۱. با نام (با ارائه لیست اسامی و کد ملی تمامی کارکنان قبل از شروع کار) ☐ ۲. بی‌نام (بدون ارائه لیست اسامی کارکنان) ☐۳. بی‌نام و با ارائه لیست تأمین اجتماعی کارکنان در زمان خسارت ☐

تعداد کل کارکنان: ثابت: نفر متغیر: حداقل نفر و حداکثر نفر

توجه داشته باشید که تعداد کارکنان با احتساب تعداد کارکنان عوامل اجرایی (در صورت وجود) اعلام گردد.

تفکیک کارکنان شامل:

تعداد کارکنان اداری و دفتری: نفر تعداد کارکنان فنی/کارگاهی: نفر تعداد کارکنان عوامل اجرایی (پیمانکاران): نفر

تعداد شیفت کاری در شبانه‌روز: شیفت ساعته

شیفت اول از ساعت تا ساعت شیفت دوم از ساعت تا ساعت شیفت سوم از ساعت تا ساعت

آیا محل مورد بیمه دارای نگهبان یا سرایدار بصورت ۲۴ ساعته است؟

روش‌های اجرای کار (شرح تفصیلی کار):

دستگاه‌های موجود در کارگاه:

☐ پرس ☐ برش ☐ CNC ☐ چکش برقی ☐ گیوتین ☐ سایر (نام ببرید):

کدام یک از دستگاه‌های مذکور مجهز به سیستم‌های ایمنی کنترل‌کننده است؟

اعتبار این پیشنهاد منوط به صدور بیمه‌نامه است و این پیشنهاد به‌تنهایی موجب هیچ‌گونه حقی برای بیمه‌گذار و یا منشأ هیچ‌گونه تعهدی برای بیمه‌گر نخواهد بود. در صورت وجود اختلاف در متن بیمه‌نامه و فرم پیشنهاد، بیمه‌نامه حاکمیت خواهد داشت.

اینجانب بدین وسیله تأیید و اعلام می‌دارم کلیه اظهارات مندرج در این فرم کاملاً صحیح بوده و هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه‌نامه خواهد شد. همچنین در صورت هرگونه تغییرات در شرایط مورد بیمه بلافاصله، شرکت بیمه را در جریان امر قرار خواهم داد.

نام و امضای پیشنهاد دهنده	امضا و مهر نماینده/کارگزار	تاریخ
---------------------------	----------------------------	-------

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۰/۱۳

آیا کار در تعطیلات انجام می‌پذیرد؟	☐ خیر	☐ بله
آیا کار در شب صورت می‌پذیرد؟	☐ خیر	☐ بله
آیا اضافه کاری هم دارد؟	☐ خیر	☐ بله
آیا کار در ارتفاع نیز وجود دارد؟	☐ خیر	☐ بله
آیا خطر ناشی از انفجار در پروژه وجود دارد؟	☐ خیر	☐ بله

چند ساعت در روز:

حداکثر ارتفاع؟

ناشی از چه چیزی؟

لطفاً خطرهای احتمالی برای کارکنان را شرح دهید:

کارکنان از چه وسایل ایمنی و حفاظتی استفاده می‌نمایند؟

☐ کلاه ☐ دستکش ☐ کفش ☐ عینک ☐ سایر (نام ببرید):

آیا برای این فعالیت در سال گذشته بیمه‌نامه مسئولیت داشته‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نام بیمه‌گر، شماره بیمه‌نامه سال قبل، تاریخ انقضاء و سابقه تخفیف عدم خسارت درج گردد.

تعداد حوادث و مبالغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت پیشنهاد دهنده در سه سال گذشته به تفکیک هر حادثه:

مبلغ (ریال)	حداکثر پوشش‌های بیمه‌ای مورد درخواست
	هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه
	هزینه‌های پزشکی در طول مدت بیمه
	غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماه‌های عادی
	غرامت فوت هر نفر در هر حادثه در ماه‌های حرام
	غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه

میزان فرانشیز هزینه‌های پزشکی در هر خسارت: ☐ صفر ☐ ۵ درصد ☐ ۱۰ درصد ☐ ۱۵ درصد ☐ ۲۰ درصد ☐ ۲۵ درصد

مدت بیمه: روز از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز

اعتبار این پیشنهاد منوط به صدور بیمه‌نامه است و این پیشنهاد به‌تنهایی موجب هیچ‌گونه حقی برای بیمه‌گذار و یا منشأ هیچ‌گونه تعهدی برای بیمه‌گر نخواهد بود. در صورت وجود اختلاف در متن بیمه‌نامه و فرم پیشنهاد، بیمه‌نامه حاکمیت خواهد داشت.

اینجانب بدین وسیله تأیید و اعلام می‌دارم کلیه اظهارات مندرج در این فرم کاملاً صحیح بوده و هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه‌نامه خواهد شد. همچنین در صورت هرگونه تغییرات در شرایط مورد بیمه بلافاصله، شرکت بیمه را در جریان امر قرار خواهم داد.

نام و امضای پیشنهاد دهنده	امضا و مهر نماینده/ کارگزار	تاریخ
---------------------------	-----------------------------	-------

بله	خیر	آیا مایل به اخذ پوشش‌های تکمیلی زیر هستید؟
		۱. مسئولیت بیمه‌گذار در قبال حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری (خسارت‌هایی که مشمول تعهدات بیمه‌نامه شخص ثالث و صندوق تأمین خسارت‌های بدنی نباشد)
		۲. جبران هزینه‌های پزشکی بدون رأی دادگاه و بر اساس صورت‌حساب‌های معتبر ارائه شده
		۳. مطالبات تأمین اجتماعی (موضوع تبصره یک ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی) در صورتی که پاسخ مثبت است: حداکثر مبلغ مورد درخواست برای هر نفر در هر حادثه: ریال و در طول مدت بیمه‌نامه: ریال
		۴. مسئولیت بیمه‌گذار در رابطه با خسارت‌های بدنی وارده به اشخاص ثالث
		۵. جبران مابه‌التفاوت افزایش دیه برای سال‌های آتی در صورتی که پاسخ مثبت است تعداد را انتخاب نمایید: ☐ یک بار ☐ دو بار ☐ سه بار
		۶. پوشش بیمه‌ای تعدد دیات و دیات غیرمسمری در صورتی که پاسخ مثبت است: حداکثر تعهد بیمه‌گر برای هر نفر در هر حادثه: ریال و در طول مدت بیمه‌نامه: ریال
		۷. پوشش بیمه‌ای مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان
✓		۸. پوشش مسئولیت مجری دیصلاح ساختمان (این پوشش تکمیلی در این بیمه‌نامه قابل ارائه نیست)
		۹. پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰٪ افزایش نسبت به زمان صدور بیمه‌نامه
		۱۰. مسئولیت بیمه‌گذار در پرداخت غرامت دستمزد روزانه به موجب رأی مراجع دیصلاح از روز چهارم حادثه به مدت حداکثر ۹۰ روز در صورتی که پاسخ مثبت است: حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت دستمزد روزانه هر نفر ریال و در طول مدت بیمه‌نامه برای کلیه افراد ریال
		۱۱. پوشش هزینه‌های دستمزد پرداختی به هیئت کارشناسی تا سقف مبلغ ریال
		۱۲. پوشش مسئولیت مدنی بیمه‌گذار در قبال شخص عوامل اجرایی
بیمه‌گذار محترم، چنانچه پوشش بیمه‌ای خاصی در ارتباط با موضوع کار خود در نظر دارید لطفاً اعلام فرمایید:		
اعتبار این پیشنهاد منوط به صدور بیمه‌نامه است و این پیشنهاد به‌تنهایی موجب هیچ‌گونه حقی برای بیمه‌گذار و یا منشأ هیچ‌گونه تعهدی برای بیمه‌گر نخواهد بود. در صورت وجود اختلاف در متن بیمه‌نامه و فرم پیشنهاد، بیمه‌نامه حاکمیت خواهد داشت.		
اینجانب بدین وسیله تأیید و اعلام می‌دارم کلیه اظهارات مندرج در این فرم کاملاً صحیح بوده و هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه‌نامه خواهد شد. همچنین در صورت هرگونه تغییرات در شرایط مورد بیمه بلافاصله، شرکت بیمه را در جریان امر قرار خواهم داد.		
نام و امضای پیشنهاد دهنده	امضا و مهر نماینده/ کارگزار	تاریخ