



بیمه تعاون

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان تولیدی، خدماتی و صنعتی

کد مدرک: LI-FO-۲۲۷/۰۲

صفحه ۱ از ۱

مشخصات

نام بیمه‌گذار:		شماره اقتصادی / ملی:	
شماره ثبت:		تاریخ تاسیس / تولد:	
نشانی: استان	شهر	منطقه شهرداری	خیابان
پست الکترونیک:	تلفن ثابت:	تلفن همراه:	دورنگار:
تعداد و نوع حوادث و مبالغ خسارت پرداختی در سه سال گذشته (به تفکیک):			
شماره بیمه‌نامه سال قبل:		تاریخ انقضاء:	
نشانی محل مورد بیمه: استان	شهر	منطقه شهرداری	خیابان
کد پستی:	پلاک	کوچه	کد پستی:

روش پوشش بیمه‌ای: با نام (لطفاً لیست مشخصات کارکنان را ضمیمه فرمائید) بی‌نام تعداد شیفیت کاری: ۱ ۲ ۳

تعداد کارکنان (مجموع شیفتها): (شامل مجموع کارکنان ثابت و دائمی و قراردادی و روز مزد) نیروی ثابت: نیروی متغیر: حداقل نفر و حداکثر نفر

نوع فعالیت:

عوامل اجرایی

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	فعالیت:	تعداد کارکنان:
نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	فعالیت:	تعداد کارکنان:
نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	فعالیت:	تعداد کارکنان:

پوشش‌های تکمیلی (اضافی) مورد درخواست

محل اقامت و مأموریت‌های خارج از محل کارگاه کارکنان (محل فعالیت)

حوادث وسایل نقلیه موتوری داخل کارگاه

جبران هزینه‌های پزشکی بدون اعمال تعرفه

جبران مطالبات سازمان‌های تامین اجتماعی و خدمات درمانی برای هر نفر تا سقف ریال

جبران خسارات جانی وارد به اشخاص ثالث (فقط فعالیت‌های ساختمانی، عمرانی و صرفاً صنعتی)

مابه‌التفاوت افزایش دیه برای: یک سال آتی دو سال آتی سه سال آتی

پرداخت غرامت روزانه کارکنان ساده ریال و متخصص ریال.

پوشش نوسان تعداد کارکنان تا: ۱۰ درصد ۲۰ درصد

پوشش هزینه‌های دستمزد پرداختی توسط بیمه‌گذار به کارشناس یا هیات کارشناس

درخواست اعمال فرانشیز (برای کلیه تعهدات) به میزان: پنج درصد ده درصد پانزده درصد بیست درصد بیست و پنج درصد

مدت بیمه: از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز

تعهدات

شرح تعهدات مورد تقاضا	حداکثر تعهدات مورد تقاضا برای هر نفر در هر حادثه (ریال)	حداکثر تعهدات مورد تقاضا در مدت بیمه‌نامه (ریال)
۱- هزینه پزشکی		
۲- غرامت فوت و نقص عضو در ماه‌های عادی		
۳- غرامت فوت در ماه‌های حرام		
۴- دیه دوم و به بالا		

ضمناً اعلام می‌دارد که اظهارات فوق‌الذکر براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه‌نامه اعلام شده، لذا موافقت می‌شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

تاییدیه

بیمه‌گذار	نماینده / کارگزار بیمه
نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء
تاریخ تکمیل:	تاریخ تکمیل: