



## پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان (فعالیت های ساختمانی)

نماینده گی / کارگزاری:			
<b>مشخصات عمومی بیمه‌گذار</b>			
نام کامل شخص یا موسسه یا شرکت پیشنهاد دهنده:			
کد ملی:	شماره ثبت:		
شماره شناسنامه:	محل صدور:	نام پدر:	تاریخ تولد:
کد اقتصادی:			
نشانی پیشنهاددهنده:			
نوع مالکیت شرکت: دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/>			
خواهان پوشش مسئولیت: با ارائه لیست اسامی کارکنان (بانام) <input type="checkbox"/> بدون ارائه لیست اسامی کارکنان (بی نام) <input type="checkbox"/>			
سابقه فعالیت:			
تعداد حوادث و مبالغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت پیشنهاددهنده در سه سال گذشته (به تفکیک هر حادثه):			
<b>پرسش های عمومی در مورد موضوع فعالیت پیشنهاد دهنده و نیروی اجرایی</b>			
نوع فعالیت ساختمانی را مشخص نموده و موارد زیر را پاسخ فرمائید:			
احداث بنا <input type="checkbox"/> مساحت کل بنا ..... متر مربع تعداد کل طبقات: ..... تعداد بلوک: ..... نوع اسکلت: بتونی <input type="checkbox"/> فلزی <input type="checkbox"/> محل اجرای پروژه:			
نوع کارهای انجام شده و پیشرفت فیزیکی کار:			
تخریب <input type="checkbox"/> گودبرداری <input type="checkbox"/> فونداسیون <input type="checkbox"/> سفت کاری <input type="checkbox"/> نازک کاری <input type="checkbox"/> نماکاری <input type="checkbox"/>			
در ارتباط با نیروی کار شاغل موارد زیر را مشخص نمائید:			
نوع استخدام و تعداد کارکنان: ثابت (دائمی): ..... نفر قرارداد: حداقل ..... نفر و حداکثر ..... نفر تعداد کارکنان پیمانکار فرعی: ..... نفر تعداد مشاورین و ناظرین: ..... نفر روزمزد: حداقل ..... نفر و حداکثر ..... نفر تعداد شیفت کاری در شبانه روز: ..... شیفت ..... ساعته ..... نفر شیفت اول ..... نفر شیفت دوم ..... نفر شیفت سوم .....			
تعداد کارکنان هر شیفت:			
آیا کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی می باشند؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سایر توضیحات:			
ساعت شروع:			
شیفت اول: ..... شیفت دوم: ..... شیفت سوم: .....			
ساعت پایان کار:			
شیفت اول: ..... شیفت دوم: ..... شیفت سوم: .....			
کار در تعطیلات:			
دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> اضافه کاری: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چند ساعت در روز: ..... سایر توضیحات:			
لطفاً خطرات احتمالی برای کارکنان را شرح دهید:			
کارکنان از چه وسایل ایمنی استفاده می نمایند:			
کلاه <input type="checkbox"/> دستکش <input type="checkbox"/> کفش <input type="checkbox"/> عینک <input type="checkbox"/> سایر (نام ببرید):			
ماشین آلات موجود در کارگاه ساختمانی را نام ببرید:			



## پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان (فعالیت های ساختمانی)

مدت بیمه و حداکثر پوشش های بیمه ای مورد درخواست	
مدت بیمه: ..... ماه	شروع ساعت ۲۴ روز ..... انقضا ساعت ۲۴ روز .....
حداکثر پوشش های بیمه ای مورد درخواست	مبلغ (ریال)
۱- هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه	
۲- حداکثر تعهدات بیمه گر برای هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه	
۳- غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی	
۴- غرامت فوت هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام	
۵- تعهد بیمه گر برای غرامت نقص عضو مازاد بر دیه اول برای هر نفر در هر حادثه	
۶- حداکثر تعهد بیمه گر برای غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه	
<p>با توجه به شرایط بیمه نامه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان، خسارات ناشی از حوادث زیر تحت پوشش نمی باشد:</p> <p>پوشش حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری - پوشش جبران هزینه های پزشکی - پوشش تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی - پوشش مسئولیت بیمه گذار در رابطه با خسارت های بدنی وارده به اشخاص ثالث - پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه - پوشش تعدد دیات و دیات غیر مسری - پوشش مأموریت خارج از کارگاه کارکنان - پوشش مسئولیت مجری ذیصلاح - پوشش نوسان تعداد کارکنان - پوشش غرامت دستمزد روزانه - پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی</p> <p>چنانچه تمایل دارید می توانید با انتخاب پوشش های تکمیلی زیر و پرداخت حق بیمه مربوطه نسبت به اخذ پوشش استثنائات فوق اقدام فرمایید:</p> <p>۱- پوشش حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری (خسارت هایی که مشمول تعهدات بیمه نامه شخص ثالث و صندوق تأمین خسارت های بدنی نباشد) <input type="checkbox"/></p> <p>۲- پوشش بیمه ای جبران هزینه های پزشکی بدون رأی دادگاه و براساس صورتحساب های معتبر ارائه شده <input type="checkbox"/></p> <p>۳- آیا مایل هستید مطالبات احتمالی سازمان تأمین اجتماعی (موضوع تبصره یک ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی) علیه شما در ارتباط با کارکنان بابت هزینه هایی که از سوی آن سازمان پرداخت می گردد، بیمه شود؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورتی که پاسخ مثبت است، سقف تعهدات درخواستی را وارد نمایید:</p> <p>- حداکثر مبلغ مورد درخواست برای هر نفر در هر حادثه: .....</p> <p>- حداکثر مبلغ مورد درخواست در طول مدت بیمه نامه: ..... (تعهد طی دوره این پوشش از حاصلضرب تعداد تعهد طی دوره فوت در مبلغ مطالبات هر نفر فراتر نخواهد رفت)</p> <p>۴- پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار در رابطه با خسارت های بدنی وارده به اشخاص ثالث <input type="checkbox"/></p> <p>۵- پوشش بیمه ای مابه التفاوت افزایش دیه برای سال های آتی یک بار <input type="checkbox"/> دوبار <input type="checkbox"/> سه بار <input type="checkbox"/></p> <p>۶- پوشش بیمه ای تعدد دیات و دیات غیر مسری <input type="checkbox"/></p> <p>۷- پوشش بیمه ای مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان <input type="checkbox"/></p> <p>۸- پوشش بیمه ای مسئولیت مجری ذیصلاح (صرفاً برای پروژه های ساختمانی) <input type="checkbox"/></p> <p>۹- پوشش بیمه ای نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰٪ افزایش نسبت به زمان صدور بیمه نامه <input type="checkbox"/></p> <p>۱۰- پوشش بیمه ای غرامت دستمزد روزانه به موجب رأی مراجع ذیصلاح از روز چهارم حادثه بمدت حداکثر ۹۰ روز <input type="checkbox"/> در صورت انتخاب پوشش تعهد را وارد نمایید:</p> <p>- حداکثر تعهد بیمه گر بابت دستمزد روزانه هر نفر ..... ریال و در طول مدت بیمه نامه برای کلیه افراد ..... ریال می باشد.</p> <p>۱۱- پوشش بیمه ای هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی تا سقف مبلغ ..... ریال <input type="checkbox"/></p>	
<p>*بیمه گذار محترم چنانچه پوشش بیمه ای خاصی در ارتباط با موضوع کار خود در نظر دارید لطفاً اعلام فرمایید:</p>	
<p>*بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه 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. امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه رازی و یا پیشنهاددهنده نمی باشد.</p>	
نام و امضای پیشنهاددهنده:	تاریخ: