

**پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در
قبال کارکنان (غیر ساختمانی)**



از شرکت بیمه معلم (سهامی عام)، درخواست می شود بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان (غیر ساختمانی) را بر اساس مندرجات پیشنهاد صادر نماید.

نمایندگی / کارگزاری:	بیمه گذار مشخصات
نام بیمه گذار:	
محل صدور:	
کد ملی/کد اقتصادی :	
نشانی بیمه گذار :	
کد پستی :	
تلفن همراه :	
تاریخ تولد :	شماره شناسنامه :
وضعیت حقوقی/حقیقی :	تلفن ثابت :

نام محل فعالیت: نشانی محل فعالیت : شرح تفصیلی کار و روش اجرا: ابزار های مورد استفاده در انجام کار ؟ خطرات احتمالی: • آیا کار در ارتفاع هم صورت میگیرد ؟ • آیا با خطر انفجار هم سروکار دارید ؟ تعداد نیروهای شاغل در محل فعالیت با احتساب تعداد کارکنان پیمانکاران (در صورت وجود) : اداری -دفتری: حداقل نفر و حداکثر نفر آیا مایل به اعلام اسامی آنها می باشید ؟ نگهبان -حراست: حداقل نفر و حداکثر نفر آیا مایل به اعلام اسامی آنها می باشید ؟ خدماتی -نظافتی: حداقل نفر و حداکثر نفر آیا مایل به اعلام اسامی آنها می باشید ؟ فنی (اصل فعالیت) :حداقل نفر و حداکثر نفر آیا مایل به اعلام اسامی آنها می باشید ؟ سایر (با ذکر نوع فعالیت): حداقل نفر و حداکثر نفر آیا مایل به اعلام اسامی آنها می باشید ؟ آیا همه کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی هستند ؟ تعداد شیفت های کاری : آیا در دو سال گذشته ، حادثه منجر به فوت و یا نقص عضو و یا هزینه های پزشکی در محل کار شما روی داده است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر تاریخ مرقوم فرمائید : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>تاریخ خسارت</th> <th>نوع حادثه</th> <th>تعداد فوت</th> <th>تعداد نقص عضو</th> <th>تعداد هزینه پزشکی</th> <th>مبلغ خسارت</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	تاریخ خسارت	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت													مشخصات فعالیت
تاریخ خسارت	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت														

مدت بیمه و حداکثر پوشش های مورد درخواست :

مدت بیمه ماه شروع از ساعت 24 روز انقضا ساعت 24 روز

لطفا میزان تعهدات درخواستی (پوشش بیمه ای) مورد نظر را مشخص نمایید :

ریال	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماههای عادی
ریال	حداکثر تعهد فوت برای هر نفر در ماههای حرام
ریال	حداکثر فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه
ریال	حداکثر هزینه های پزشکی ناشی از حوادث موضوع بیمه برای هر نفر
ریال	حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه

آیا بیمه گذار مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر می باشد ؟

☐ بلی	☐ خیر	جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه
☐ بلی	☐ خیر	پرداخت خسارت بدون رای دادگاه
☐ بلی	☐ خیر	پوشش بیمه ای برای پیمانکاران فرعی
☐ بلی	☐ خیر	پوشش بیمه ای برای مسئولیت کارفرما در مقابل صدمات جسمانی وارده به اشخاص ثالث
☐ بلی	☐ خیر	پوشش بیمه ای در اماکن وابسته به کارگاه
☐ بلی	☐ خیر	پوشش بیمه ای بیمه گذار در قبال مهندسین ناظر ومشاور
☐ بلی	☐ خیر	پوشش بیمه ای برای ماموریت های خارج از کارگاه کارکنان
☐ بلی	☐ خیر	پوشش بیمه ای برای شخص کارفرما و پیمانکار
☐ بلی	☐ خیر	پوشش بیمه ای برای حوادث وسایل موتوری
☐ بلی	☐ خیر	پوشش بیمه ای اهمال وقصور غیر عمدی کارکنان
☐ بلی	☐ خیر	افزایش دیه
☐ بلی	☐ خیر	پوشش بیمه ای غرامت روزانه
☐ بلی	☐ خیر	پوشش بیمه ای افزایش کارکنان تا 20 درصد(در صورت عدم اظهار بیمه گذار)
☐ بلی	☐ خیر	پوشش مسئولیت مهندس ناظر و مشاور
☐ بلی	☐ خیر	پوشش حوادث غیر مرتبط
		پوشش پرداخت مطالبات تبصره یک ماده 66 قانون تامین اجتماعی تا سقف ریال
		پوشش دیه دوم برای کارکنان تا سقف ریال.

چنانچه علاوه بر موارد فوق درخواست پوشش بیمه ای دیگری در زمینه بیمه های مسئولیت دارید مرقوم فرمائید :

بدینوسیله اعلام و اقرار می نمایم پاسخ های مندرج در پرسشنامه و پیشنهاد بطور کامل و صحیح اظهار گردیده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از هیچ مطلب لازمی خود داری نشده است . همچنین موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جز لاینفک آن قرار گیرد

نام و امضا پیشنهاد دهنده

تاریخ

این قسمت توسط نماینده (کارگزار) تکمیل گردد :

اطلاعات مندرج در پیشنهاد بطور کامل مورد تأیید می باشد .

کد نماینده (کارگزار)

مهر و امضا نماینده (کارگزار)