



پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرمادر قبال کارکنان(ویژه فعالیت های ساختمانی (ابنیه))

نماینده گی /کارگزاری:

الف) مشخصات عمومی بیمه گذار :

۱- نام کامل شخص یا موسسه یا شرکت پیشنهاد دهنده :

محل صدور: تاریخ تولد: شماره شناسنامه: کد ملی:

۲- نشانی پیشنهاد دهنده :

۳- وضعیت مالکیت شرکت: ☐ دولتی ☐ خصوصی

۴- فهرست برخی از کارهای اجرا شده توسط پیشنهاد دهنده در سنوات گذشته با ذکر موضوع :

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

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

۱- نوع فعالیت ساختمانی را مشخص نموده و موارد زیر را پاسخ فرمائید :

احداث بنا تخریب بنا تعداد طبقات تعداد بلوک مساحت کل بنا متر مربع

شماره پروانه ساخت: تاریخ صدور پروانه:

۲- نشانی محل کارگاه: شماره پلاک ثبتی:

۳- در ارتباط با نیروی کار شاغل موارد زیر را مشخص نمائید:

قراردادی: حداقل نفر و حداکثر: نفر

آیا کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی می باشد: ☐ بله ☐ خیر

سایر توضیحات:

پ) مدت بیمه و حداکثر پوشش های مورد درخواست :

۱- مدت بیمه ماه شروع از ساعت ۲۴ روز انقضا ساعت ۲۴ روز

لطفا میزان سرمایه های بیمه مورد نظر را مشخص نمائید :

ریال	هزینه پزشکی یک نفر در هر حادثه
ریال	حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه نامه
ریال	غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی
ریال	غرامت فوت هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام
ریال	تعهد بیمه گر برای حوادث منجر به غرامات مازاد بر دیه اول برای هر نفر در هر حادثه
ریال	حداکثر تعهد بیمه گر برای غرامت های فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه

ج) پوشش ها و شرایط بیمه نامه :

متقاضی محترم با توجه به شرایط بیمه نامه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان چنانچه تمایل دارید می توانید با انتخاب پوشش های تکمیلی ذیل و پرداخت حق بیمه متعلقه نسبت به اخذ پوشش اقدام فرمائید :

پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه : ☐

پوشش پرداخت خسارت بدون رای دادگاه ☐

پوشش بیمه ای برای پیمانکاران فرعی (جهت پروژه های ساختمانی اجباری است) ☐

تذکر : حداکثر تعداد نفرات تحت پوشش دو نفر می باشد (حدود تعهدات برای هر نفر در هر حادثه برابر برابر تعهدات انتخابی برای کارکنان می باشد)

پوشش بیمه ای برای مسئولیت کارفرما در مقابل صدمات جسمانی وارده به اشخاص ثالث ☐

پوشش بیمه ای در اماکن وابسته به کارگاه ☐

پوشش بیمه ای مسئولیت برای مهندسین ناظر و مشاور ☐

پوشش بیمه ای مأموریت های خارج از کارگاه (با ارائه اسامی و اعلام نوع مأموریت) ☐

پوشش بیمه ای برای شخص بیمه گذار (کارفرما) (منحصرا جهت بیمه گذاران حقیقی) ☐

پوشش بیمه ای کارکنان در مقابل حوادث ناشی از وسایل نقلیه در محوطه کارگاه (محل فعالیت) ☐

پوشش افزایش دبه ☐

آیا مایل هستید مطالبات تامین اجتماعی (موضوع تبصره یک ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی) علیه شما در ارتباط با کارکنان بابت هزینه هایی که از سوی آن سازمان ها پرداخت می گردد . بیمه شود ؟ ☐ بله ☐ خیر

در صورتی که پاسخ مثبت است لطفا حداکثر تعهد مورد درخواست برای هر نفر در هر حادثه را معین فرمائید : ریال

بیمه گذار محترم ، چنانچه پوشش بیمه ای خاصی در رابطه با موضوع کار خود مد نظر دارید لطفا اعلام 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 .

تاریخ :

کد نماینده (کارگزار)

مهر و امضا نماینده (کارگزار)