



فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان
(ویژه فعالیت‌های ساختمانی)

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

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۰/۱۲

نماینده/ کارگزار:

مشخصات عمومی پیشنهاد دهنده

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

پرسش‌های عمومی در مورد موضوع فعالیت پیشنهاد دهنده و نیروی اجرایی

باتوجه به ماهیت پروژه‌های ساختمانی، مسئولیت شرکای ساختمانی (اعم از اسامی مندرج در پروانه ساختمان یا سازنده در قالب قرارداد مشارکت در ساخت) هم‌ردیف مسئولیت بیمه‌گذار تحت پوشش است. (در هر حال پوشش مجری ذیصلاح صرفاً از طریق خرید پوشش تکمیلی مربوطه قابل ارائه خواهد بود).

نوع فعالیت: ☐ تخریب و احداث بنا ☐ احداث بنا ☐ مساحت کل بنا متر مربع

تعداد کل طبقات: ☐ تعداد بلوک: ☐ نوع اسکلت: ☐ بتونی ☐ فلزی

نشانی دقیق محل اجرای پروژه:

نوع کارهای انجام‌شده و پیشرفت فیزیکی کار:

☐ تخریب ☐ گودبرداری ☐ فونداسیون ☐ نصب اسکلت ☐ سفت‌کاری ☐ نازک‌کاری ☐ نماکاری

آیا کار در تعطیلات انجام می‌گیرد؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا کار در شب صورت می‌گیرد؟ ☐ بله ☐ خیر

لطفاً خطرات احتمالی برای کارکنان را شرح دهید:

کارکنان از چه وسایل ایمنی 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

اعتبار این پیشنهاد منوط به صدور بیمه‌نامه است و این پیشنهاد به‌تنهایی موجد 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:
----------------------------	-----------------------------	--------



فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان
(ویژه فعالیت‌های ساختمانی)

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

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۰/۱۲

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 براساس صورتحساب‌های معتبر ارائه شده
		۳- مطالبات سازمان 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 کنید: ☐ 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 ذیصلاح ساختمان (این پوشش تکمیلی در این بیمه‌نامه اجباری است)
		۹- پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰٪ افزایش نسبت به زمان صدور بیمه‌نامه (این بند تا ۲۰٪ اضافه بنای مازاد پروانه ساختمانی را پوشش می‌دهد)
		۱۰- مسئولیت بیمه‌گذار در پراخت غرامت دستمزد روزانه به موجب رأی مراجع ذیصلاح از روز چهارم حادثه به مدت حداکثر ۹۰ روز در صورتی که پاسخ مثبت است، حداکثر تعهد بیمه‌گر برای دستمزد روزانه هر نفر: ریال و در طول مدت بیمه-نامه برای کلیه افراد ریال
		۱۱- پوشش هزینه‌های دستمزد پرداختی به هیأت 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: