

کد مدرک: FO-LB-13/05 شماره: 701	فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان ((ویژه فعالیت‌های صنعتی، خدماتی، بازرگانی))	 بیمه ملت
---	---	--

متقاضی گرامی! با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می شود، خواهشمندیم موارد درخواست شده را بصورت کامل، دقیق و خوانا پاسخ داده و هیچ یک را بدون پاسخ یا خط تیره نگذارید. اگر سوالی غیر مرتبط می باشد در مقابل آن علامت ⊗ بگذارید.

نمایندگی/ کارگزار: کد:	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> نام پیشنهاد دهنده: نام پدر: تلفن/ تلفن همراه: وضعیت حقوقی پیشنهاد دهنده: ☐ دولتی ☐ خصوصی نشانی: </td> <td style="width: 50%;"> کد ملی/ شناسه ملی: تاریخ تولد/ تأسیس: روز ماه سال کد پستی: </td> </tr> </table>	نام پیشنهاد دهنده: نام پدر: تلفن/ تلفن همراه: وضعیت حقوقی پیشنهاد دهنده: ☐ دولتی ☐ خصوصی نشانی:	کد ملی/ شناسه ملی: تاریخ تولد/ تأسیس: روز ماه سال کد پستی:
	نام پیشنهاد دهنده: نام پدر: تلفن/ تلفن همراه: وضعیت حقوقی پیشنهاد دهنده: ☐ دولتی ☐ خصوصی نشانی:	کد ملی/ شناسه ملی: تاریخ تولد/ تأسیس: روز ماه سال کد پستی:	
مشخصات پیشنهاد دهنده			

نوع فعالیت: _____ نام محل فعالیت: _____ آیا برای این فعالیت شریک یا شرکایی دارید؟ (حق بیمه اضافی ندارد) ☐ بله ☐ نام و کد ملی آنها را بنویسید. ☐ خیر نشانی محل فعالیت: (لطفاً فقط یکی از موارد زیر را انتخاب نمایید). ☐ نشانی دقیق (ختم به پلاک یا کدپستی) بدین شرح است، استان: _____ ☐ ۲۴ ساعت قبل از شروع فعالیت نشانی دقیق (ختم به پلاک) یا نام کارکنان را اعلام می‌کنم. ☐ سطح کشور ☐ سطح استان ☐ سطح شهر (در این مورد مشخصات کلیه کارکنان می‌بایست اعلام شود). ☐ خارج از کشور (در این مورد مشخصات کلیه کارکنان می‌بایست اعلام شود). نام و اطلاعات دقیق و نوع فعالیت عوامل اجرایی (شامل پیمانکاران اصلی و فرعی): _____ شرح تفصیلی و روش اجرای کار: _____ خطرات احتمالی: _____ نوع وسایل ایمنی و حفاظتی کارکنان: _____ آیا آیین‌نامه‌های حفاظت کارگاهی و HSE Plan در کارگاه صورت می‌پذیرد؟ توضیح دهید. _____ آیا کار در شب (بدون نور طبیعی) صورت می‌پذیرد؟ توضیح دهید. _____ آیا کار در ارتفاع هم صورت می‌گیرد؟ بله ☐ خیر ☐ حداکثر ارتفاع؟ _____ آیا خطر ناشی از انفجار در پروژه وجود دارد؟ بله ☐ خیر ☐ ناشی از چه چیزی؟ _____	مشخصات پروژه
---	---------------------

لطفاً یکی از دو گزینه زیر را انتخاب کنید: توجه داشته باشید که تعداد کارکنان باید با احتساب تعداد کارکنان عوامل اجرایی شما (در صورت وجود) اعلام گردد.					
<table border="1"> <tr> <td style="width: 50%;"> حداکثر تعداد کارکنان پیشنهاددهنده نفر حداکثر تعداد کارکنان عوامل اجرایی نفر </td> <td style="width: 50%;"> ○ نام و نام خانوادگی و کد ملی تمام کارکنان را اعلام می‌کنم. (مشمول تخفیف بانام) </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;"> حداقل تعداد کارکنان پیشنهاددهنده نفر حداکثر تعداد کارکنان پیشنهاددهنده نفر حداقل تعداد کارکنان عوامل اجرایی نفر حداکثر تعداد کارکنان عوامل اجرایی نفر </td> <td style="width: 50%;"> ○ به دلیل وجود کارکنان روزمزد یا فاقد بیمه تأمین اجتماعی، تمایلی به اعلام مشخصات کارکنان (نام و نام خانوادگی و کد ملی) ندارم. </td> </tr> </table>	حداکثر تعداد کارکنان پیشنهاددهنده نفر حداکثر تعداد کارکنان عوامل اجرایی نفر	○ نام و نام خانوادگی و کد ملی تمام کارکنان را اعلام می‌کنم. (مشمول تخفیف بانام)	حداقل تعداد کارکنان پیشنهاددهنده نفر حداکثر تعداد کارکنان پیشنهاددهنده نفر حداقل تعداد کارکنان عوامل اجرایی نفر حداکثر تعداد کارکنان عوامل اجرایی نفر	○ به دلیل وجود کارکنان روزمزد یا فاقد بیمه تأمین اجتماعی، تمایلی به اعلام مشخصات کارکنان (نام و نام خانوادگی و کد ملی) ندارم.	مشخصات نیروی کار
حداکثر تعداد کارکنان پیشنهاددهنده نفر حداکثر تعداد کارکنان عوامل اجرایی نفر	○ نام و نام خانوادگی و کد ملی تمام کارکنان را اعلام می‌کنم. (مشمول تخفیف بانام)				
حداقل تعداد کارکنان پیشنهاددهنده نفر حداکثر تعداد کارکنان پیشنهاددهنده نفر حداقل تعداد کارکنان عوامل اجرایی نفر حداکثر تعداد کارکنان عوامل اجرایی نفر	○ به دلیل وجود کارکنان روزمزد یا فاقد بیمه تأمین اجتماعی، تمایلی به اعلام مشخصات کارکنان (نام و نام خانوادگی و کد ملی) ندارم.				
شیفت اول از ساعت تا ساعت شیفت دوم از ساعت تا ساعت شیفت سوم از ساعت تا ساعت					

پیشینه بیمه‌ای و خسارت	آیا برای این نوع فعالیت در سال گذشته بیمه‌نامه داشته‌اید؟ در صورت وجود نام بیمه‌گر، شماره بیمه‌نامه، تاریخ انقضا و سابقه تخفیف عدم خسارت آن را ذکر نمایید. تعداد حوادث و مبالغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت پیشنهاد دهنده در سه سال گذشته (به تفکیک هر حادثه):
------------------------	---

میزان تعهدات درخواستی بیمه‌گذار	ردیف	شرح تعهد	مبلغ تعهد در هر حادثه (ریال)	مبلغ تعهد در طی دوره بیمه (ریال)
	1	حداکثر تعهد بیمه‌گر برای دیه فوت و نقص عضو هر نفر در ماه‌های عادی	طبق دیه روز صدور بیمه‌نامه	
	2	حداکثر تعهد بیمه‌گر برای دیه فوت هر نفر در ماه‌های حرام	طبق دیه روز صدور بیمه‌نامه	
	3	حداکثر تعهد بیمه‌گر برای هزینه پزشکی هر نفر		
میزان فرانشیز هزینه‌های پزشکی در هر خسارت: ☐ صفر ☐ ۵ درصد ☐ ۱۰ درصد ☐ ۱۵ درصد ☐ ۲۰ درصد ☐ ۲۵ درصد				

شرح پوشش تکمیلی	ردیف	شرح پوشش تکمیلی	بله	خیر
پوشش‌های تکمیلی	1	مسئولیت بیمه‌گذار در قبال کارکنان ناشی از حوادث وسایل نقلیه موتوری.		
	2	جبران هزینه‌های پزشکی.		
	3	مطالبات تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی تا سقف ریال برای هر نفر در هر حادثه و تا سقف ریال در طی دوره بیمه.		
	4	مسئولیت بیمه‌گذار در قبال اشخاص ثالث.		
	5	جبران مابه‌التفاوت افزایش دیه پس از وقوع حادثه (یکبار □ دوبار □ سه‌بار □).		
	6	تعدد دیات و دیات غیرمصری.		
	7	مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان.		
	8	مسئولیت مجری دیصلاح ساختمان. (این پوشش تکمیلی در این بیمه‌نامه قابل ارائه نمی‌باشد).		
	9	نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه‌نامه. (مختص بیمه‌نامه‌های بی‌نام)		
	10	مسئولیت بیمه‌گذار در پرداخت غرامت دستمزد روزانه کارکنان تا سقف ریال هر نفر در هر روز.		
	11	هزینه‌های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیئت کارشناسی تا سقف ریال در طی دوره بیمه‌نامه.		
	12	مسئولیت مدنی بیمه‌گذار در قبال کارکنان عوامل اجرایی.		
	13	مسئولیت مدنی بیمه‌گذار در قبال شخص عوامل اجرایی.		

تاریخ:	از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ	به مدت	روز.
--------	---------------------------------	--------	------

بدینوسیله اعلام می‌دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است. همچنین موافقت می‌شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

امضا این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه‌گر و یا پیشنهاد دهنده نمی‌باشد.

امضا و مهر نماینده/کارگزار: _____ تاریخ: _____ / _____ / _____ نام و امضا پیشنهاد دهنده: _____