



بیمه ایران

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در مقابل کارکنان

الف) مشخصات عمومی:

| |
|--|
| ۱ - نام کامل شخص یا مؤسسه یا شرکت پیشنهاددهنده |
| ۲ - نشانی پیشنهاددهنده |
| کدپستی: _____ تلفن: _____ وضعیت حقوقی پیشنهاددهنده دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> |
| ۳ - تعداد حوادث و مبالغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت پیشنهاددهنده در پنج سال گذشته (به تفکیک هر حادثه): |
| ۴ - آیا طی یکسال گذشته دارای بیمه نامه مسئولیت کارفرما در مقابل کارکنان بوده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت نام شرکت بیمه و شماره بیمه نامه را قید فرمایید: |

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

| |
|--|
| ۱ - چنانچه نوع فعالیت ساختمانی می باشد موارد زیر را پاسخ فرمایید: تخریب واحداث بنا <input type="checkbox"/> احداث سوله <input type="checkbox"/> بازسازی بنا موجود <input type="checkbox"/> مساحت کل بنا <input type="checkbox"/> نصب اسکلت <input type="checkbox"/> انجام نمای ساختمان <input type="checkbox"/> نوع اسکلت: بتونی <input type="checkbox"/> فلزی <input type="checkbox"/> نیروی کار: حداقل <input type="checkbox"/> حداکثر <input type="checkbox"/> نفر نشانی محل کار: |
| ۲ - چنانچه نوع فعالیت اجرای پروژه عمرانی می باشد موارد زیر را مشخص فرمایید: نام صاحب کار: _____ موضوع کار: _____ مبلغ قرارداد (پیمان): _____ مدت قرارداد: _____ نشانی محل کار: _____ کارکنان ثابت و دائمی <input type="checkbox"/> نفر کارکنان متغیر (قراردادی و روزمزد) حداقل <input type="checkbox"/> نفر حداکثر <input type="checkbox"/> نفر |
| ۳ - چنانچه نوع فعالیت صنعتی، خدماتی و بازرگانی می باشد موارد زیر را مشخص فرمایید: - موضوع فعالیت: - نشانی محل کار: کارکنان ثابت و دائمی <input type="checkbox"/> نفر کارکنان متغیر (قراردادی یا روزمزد) حداقل <input type="checkbox"/> نفر حداکثر <input type="checkbox"/> نفر |
| ۴ - لطفاً در صورت انجام کار (صنعتی، تجاری، خدماتی) بصورت شیفت، تعداد آن را مشخص فرمایید: تعداد نوبت کاری (شیفت) <input type="checkbox"/> توضیح: چنانچه انجام کار بصورت شیفتی باشد، بایستی مجموع نیروی کار در چند شیفت درج گردد. <input type="checkbox"/> نفر |

۵ - لطفاً محدوده مکانی مورد بیمه را مشخص فرمایید:

فقط محوطه انجام کار محل اقامت کارکنان و مأموریت های خارج از کارگاه سایر مکان های وابسته به کار
مانند رستوران، حمام، سالن ورزش و

توضیح اینکه مسئولیت کارفرما در رابطه با حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری در رابطه با مأموریت های خارج از کارگاه مشمول بیمه نمی باشد. مگر اینکه کلوز مربوطه خریداری شود.

۶ - آیا مایل هستید صدمات وارد به کارکنان ناشی از وسایل نقلیه موتوری را بیمه نمایید:

بلی خیر

۷ - آیا مایل هستید غیر از مسئولیت شما مسئولیت اشخاص زیر نیز بیمه گردد مشخص فرمائید

پیمانکاران فرعی مهندسین ناظر و مشاور

۸ - نحوه پرداخت خسارت را انتخاب فرمایید:

پرداخت هر نوع خسارت فقط با رای دادگاه بدون رای دادگاه

۹ - چنانچه مایل هستید هزینه پزشکی بیمه شدگان مزاد بر هزینه های قابل جبران توسط سازمان تامین اجتماعی و یا

سازمان خدمات درمانی پرداخت گردد مشخص فرمایید:

بلی خیر

۱۰ - آیا مایل هستید هزینه های پزشکی طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان جبران گردد؟

بلی طبق تعرفه خیر بدون تعرفه

۱۱ - چنانچه مایل هستید شخص بیمه گذار، کارفرما، صاحبکار و پیمانکار و مشاور و ناظر در محل مورد بیمه، بیمه حادثه

گردند؟ لطفاً مشخص فرمائید: بلی خیر

۱۲ - آیا مایل هستید مطالبات احتمالی سازمان تأمین اجتماعی و سایر سازمانهای جایگزین بر علیه شما در ارتباط با

کارکنان بابت هزینه های که از سوی آن سازمانها پرداخت می گردد بیمه شود.

بلی خیر

سرمایه بیمه مورد درخواست را مشخص فرمایید: ریال -

۱۳ - آیا مایل هستید جبران صدمات جانی وارد بر اشخاص ثالث ناشی از اجرای عملیات تحت پوشش قرار گیرد؟

بلی خیر

۱۴ - آیا مایل هستید بیمه گر مابه التفاوت افزایش دیه هر سال را علاوه بر میزان تعهدات خریداری شده در بیمه نامه

پرداخت نماید؟ بلی خیر

(چنانچه پاسخ مثبت است تا چند سال؟)

یکسال دوسال سه سال

۱۵ - آیا مایل هستید چنانچه کارکنان شما که در حین انجام کار مصدوم شده و از نظر تشخیص پزشک قادر به انجام کار نباشند دستمزد آنها پرداخت گردد؟

بلی خیر

در صورتی که پاسخ مثبت است دستمزد روزانه را تعیین نمایید.

کارکنان ساده ریال .

کارکنان متخصص ریال .

توضیح: ذکر نام کارکنان متخصص الزامی است .

۱۶ - آیا مایل هستید مسئولیت شما در محل مورد بیمه در خصوص حوادثی که با نوع فعالیت بیمه شده ارتباطی ندارد، ولی منجر به صدمات جسمانی به کارکنان می گردد، بیمه شود؟

بلی خیر

۱۷ - آیا مایل هستید در صورت بروز هر خسارت سهمی از آن را شخصا بپردازید؟ لطفا مشخص فرمایید:

پنج درصد ده درصد پانزده درصد بیست درصد بیست و پنج درصد

ج) مدت بیمه و حداکثر پوشش های بیمه ای مورد درخواست:

۱ - مدت بیمه: شروع: از ساعت ۲۴ روز انقضا: تا ساعت ۲۴ روز

۲ - لطفا میزان سرمایه های بیمه مورد نظر را مشخص نمایید.

حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر: ریال و در طول مدت بیمه برای کلیه کارکنان ریال

- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماههای عادی: ریال

- حداکثر غرامت فوت برای هر نفر در ماههای حرام: ریال

- حداکثر تعهد برای نقص عضوهای بیش از یک دیه: ریال

- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه برای کلیه کارکنان: ریال

بدین وسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسش نامه 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.

تاریخ: نام و امضای پیشنهاد دهنده:

این فرم توسط نمایندگی بیمه تکمیل می گردد

۱ - آیا اظهار بیمه گذار برای تعداد نیروی کار در فعالیت های تجاری، صنعتی، خدماتی صحیح است؟

بلی خیر

۲ - آیا در کارگاه مذکور اصول متعارف ایمنی رعایت می گردد؟

بلی خیر

۳ - سایر مواردی که مورد نظر نماینده می باشد.

۴ - در صورتی که نماینده این فرم را بطور صحیح تکمیل ننماید و مراتب مغایرت محرر گردد، درصدی از خسارت و کسر حق بیمه به تشخیص واحد اجرایی و با تائید مدیریت ستادی از نماینده اخذ خواهد شد.

مهر و امضاء نمایندگی :

کد و نام نمایندگی :

تاریخ: