



فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرمایان واحدهای خدماتی ، تولیدی و صنعتی در قبال کارکنان و کارگران

مشخصات پیشنهاد دهنده	نام حقیقی / حقوقی پیشنهاد دهنده:	شناسه ملی :
	کد اقتصادی :	شماره ثبت :
	تلفن :	تلفن همراه :
	نشانی :	کد پستی:

مشخصات کار	نوع فعالیت :
	نشانی محل فعالیت :
	*در صورتی که محل فعالیت بیش از یک آدرس میباشد، کلیه آدرس ها طی یک لیست، پیوست فرم پیشنهاد ارسال گردد.
	خطرات احتمالی :
	تعداد نیروی کار شاغل در محل اجرای کار : تعداد کارکنان ثابت:..... تعداد نیروی پیمانکار :
	تعداد کارکنان متغیر (روز مزد وساعتی) : حد اقل نفر و حداکثر نفر .
	تفکیک نوع فعالیت کارکنان :
	اداری..... نفر تولیدی.....نفر خدماتی.....نفر حراست.....نفر
	تعداد سایر کارکنان(با ذکر نوع کار)..... *جمع نیروی های تفکیکی باید برابر یا جمع نیروی ثابت و پیمانکار باشد*
	آیا بیمه گذار مایل به ارسال اسامی کارکنان خود می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
(در صورت پاسخ مثبت ، ارائه لیست اسامی کارکنان در زمان صدور بیمه نامه الزامیست)	
تعداد شیفت های کاری :	
ساعات کاری هر شیفت ازتا.....از.....تا.....از.....تا.....	
مدت بیمه نامه روز از تاریخ الی	

میزان تعهدات درخواستی	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی : ۲۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال
	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام : ۲۸.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال
	حداکثر تعهد بیمه گر برای فوت و نقص عضو در مجموع و در طی دوره بیمه : ریال
	حداکثر هزینه های پزشکی ناشی از حوادث موضوع این بیمه برای هر نفر در هر حادثه : ریال
	حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه های پزشکی در مجموع و در طی دوره بیمه : ریال

***کلوزها :

۱- آیا بیمه گذار مایل به خرید پوشش خسارات ناشی از وسایل نقلیه موتوری می باشد؟ داخل کارگاه □ خارج از کارگاه □ بلی □ خیر □

۲- آیا بیمه گذار مایل به خرید پوشش هزینه های پزشکی می باشد؟ بلی □ خیر □

۳- آیا بیمه گذار مایل به خرید پوشش پرداخت مطالبات تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی تا سقف ریال برای هر نفر در هر

حادثه و ریال در طول مدت بیمه نامه می باشد؟ بلی □ خیر □

۴- آیا بیمه گذار مایل به خرید پوشش بیمه مسئولیت برای جبران صدمات جسمانی وارد به اشخاص ثالث می باشد؟ بلی □ خیر □

۵- آیا بیمه گذار مایل به خرید پوشش (افزایش ریالی دیه) مابه التفاوت افزایش دیات تا (یکسال □ دو سال □ سه سال □) می باشد؟ بلی □ خیر □

۶- آیا بیمه گذار مایل به خرید پوشش دیه دوم (تعدد دیات و دیات غیر مسری) بابت نقص عضو تا سقف ریال برای هر نفر در هر

حادثه و در طی دوره بیمه می باشد؟ بلی □ خیر □

۷- آیا بیمه گذار مایل به خرید پوشش ماموریت های خارج از کارگاه می باشد؟ بلی □ خیر □

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی
۱		
۲		
۳		
۴		

خواهشمند است در صورتیکه نام مامورین بیشتر از حد معمول جدول فوق می باشد طی برگه جداگانه، ضمیمه فرم پیشنهاد گردد.

۸- آیا بیمه گذار مایل به خرید پوشش مسئولیت مجری ذیصلاح ساختمان می باشد؟ بلی □ خیر □

۹- آیا بیمه گذار مایل به خرید پوشش نوسان تعداد تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه نامه می باشد؟ بلی □ خیر □

۱۰- آیا بیمه گذار مایل به خرید پوشش غرامت دستمزد روزانه می باشد؟ بلی □ خیر □

دستمزد روزانه : کارکنان ساده : کارکنان متخصص:

۱۱- آیا بیمه گذار مایل به خرید پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیأت کارشناسی می باشد؟ بلی □ خیر □

۱۲- آیا بیمه گذار مایل به خرید پوشش مسئولیت مدنی بیمه گذار در قبال کارکنان عوامل اجرایی (پیمانکاران) می باشد؟ بلی □ خیر □

۱۳- آیا بیمه گذار مایل به خرید پوشش مسئولیت مدنی بیمه گذار در قبال شخص عوامل اجرایی (پیمانکاران) می باشد؟ بلی □ خیر □

چنانچه علاوه بر موارد فوق درخواست پوشش بیمه ای دیگری در زمینه بیمه مسئولیت دارید مرقوم بفرمایید؟

بدین وسیله تأیید و گواهی می نمایم :

- ۱- کلیه اظهارات فوق مبتنی بر واقعیت بوده و موافقت می شود که اساس و مبنای صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.
- ۲- این پرسشنامه جزء لاینفک بیمه نامه بوده و به تنهایی هیچگونه تعهدی را برای شرکت بیمه گر ایجاد نمی نماید .

تاریخ:

مهر و امضای بیمه گذار :