

**پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در  
قبال کارکنان ( ساختمانی )**



از شرکت بیمه معلم (سهامی عام) درخواست می شود بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان (ساختمانی) بر اساس مندرجات پیشنهاد صادر نماید.

<b>مشخصات بیمه گذار</b>	<p>کد نمایندگی / کارگزاری:</p> <p>نام بیمه گذار:</p> <p>تاریخ تولد / تاریخ تاسیس : ...../...../۱۳..... کد اقتصادی (برای بیمه گذار حقوقی) :</p> <p>کد ملی (بیمه گذار حقیقی) / شناسه ملی (بیمه گذار حقوقی) :</p> <p>نشانی بیمه گذار :</p> <p>کد پستی :</p> <p>نام کامل شرکا :</p> <p>شماره شناسنامه / شناسه ملی شرکا :</p> <p>تلفن ثابت :</p> <p>تلفن همراه :</p>																
<b>مشخصات فعالیت</b>	<p>نشانی محل اجرای کار (کارگاه) :</p> <p>شماره پلاک ثبتی :</p> <p>کد پستی :</p> <p>نام صاحب پروانه ساخت:</p> <p>شماره پروانه:</p> <p>تاریخ صدور پروانه :</p> <p>نوع اسکلت ساختمان در حال ساخت : بتنی <input type="checkbox"/> فلزی <input type="checkbox"/> سایر : .....</p> <p>مرحله پیشرفت فیزیکی پروژه : گودبرداری <input type="checkbox"/> تخریب بنای موجود و احداث ساختمان جدید <input type="checkbox"/> فندانسیون <input type="checkbox"/></p> <p>نصب اسکلت فلزی <input type="checkbox"/> سفت کاری <input type="checkbox"/> نازک کاری <input type="checkbox"/> اجرای نمای ساختمان <input type="checkbox"/> اجرای محوطه سازی <input type="checkbox"/></p> <p>سایر موارد <input type="checkbox"/> نام برده شود :</p> <p>کل متراژ زیر بنای در حال احداث : مترمربع مساحت زمین موجود : متر مربع</p> <p>تعداد طبقات : کمتر از پنج طبقه <input type="checkbox"/> پنج طبقه و بیشتر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا به در اجرای پروژه مذکور با عوامل اجرائی اعم از پیمانکاران یا مهندسين مشارکت دارند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا تمایل به تحت پوشش قرار گرفتن مسئولیت عوامل اجرائی خود ( پیمانکاران - مهندسين) در مقابل کارکنان دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا در حال حاضر امکان اعلام اسامی عوامل اجرایی (پیمانکاران - مهندسين) وجود دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ لطفا جدول ذیل را تکمیل فرمائید:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">ردیف</th> <th style="width: 30%;">نام</th> <th style="width: 30%;">کد ملی / شناسه ملی</th> <th style="width: 30%;">سمت</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">۱</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">۲</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">۳</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>آیا پروژه دارای نگرهبان می باشد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن نام وی را ذکر فرمائید: .....</p> <p>از چه نوع وسایل ایمنی و حفاظتی کارکنان استفاده می نمایید :</p> <p>آیا در روزهای تعطیل کار انجام می شود : بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا کار در شب نیز انجام می شود : بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>ماشین آلات موجود در کارگاه ساختمانی را نام ببرید :</p>	ردیف	نام	کد ملی / شناسه ملی	سمت	۱				۲				۳			
ردیف	نام	کد ملی / شناسه ملی	سمت														
۱																	
۲																	
۳																	

آیا در دو سال گذشته ، حادثه منجر به فوت و یا نقص عضو و یا هزینه های پزشکی در محل کار شما روی داده است ؟

در صورت مثبت بودن پاسخ ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر تاریخ بیان فرمائید :

ردیف	تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت

آیا در سال گذشته بیمه نامه ای در رابطه با این موضوع فعالیت داشته اید :

ضریب خسارت بیمه گذار در یک سال گذشته : کمتر از ۵۰ درصد  بیشتر از ۵۰ درصد

مدت بیمه و حداکثر پوشش های مورد درخواست :

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

لطفا میزان تعهدات درخواستی ( پوشش بیمه ای ) مورد نظر را مشخص نمائید :

ریال	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماههای عادی
ریال	حداکثر تعهد فوت برای هر نفر در ماههای حرام
ریال	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه نامه
ریال	حداکثر هزینه های پزشکی ناشی از حوادث موضوع بیمه نامه برای هر نفر
ریال	حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه نامه

آیا مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر می باشید :

نوع پوشش	بله	خیر
۱- پوشش حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری		
۲- پوشش جبران هزینه های پزشکی		
۳- پوشش تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی		
حداکثر تعهد برای هر نفر در هر حادثه ..... ریال و در طول مدت ..... ریال		
۴- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قابل اشخاص ثالث		
۵- پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه یکبار افزایش <input type="checkbox"/> دوبار افزایش <input type="checkbox"/> سه بار افزایش <input type="checkbox"/>		
۶- پوشش تعدد دیات و دیات غیر مسری		
حداکثر تعهد برای هر نفر در هر حادثه ..... ریال و در طول مدت بیمه نامه ..... ریال		
۷- پوشش مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان		
۸- پوشش مسئولیت مجری ذیصلاح ساختمان		
۱۰- پوشش غرامت دستمزد روزانه کارکنان		
حداکثر تعهد برای هر نفر در هر روز حداکثر ..... ریال و در طول مدت بیمه نامه ..... ریال		
۱۱- پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناس در مجموع تا سقف ..... ریال		

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 با 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 بیمه گذار

تاریخ

اطلاعات مندرج در پیشنهاد توسط بیمه گذار تکمیل و امضا گردیده است .  
 مهر و امضا نماینده / کارگزار  
 کد نماینده / کارگزار  
 تاریخ :