

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



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

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار:
	تاریخ تولد/تاریخ تاسیس :/...../۱۳..... کد اقتصادی (برای بیمه گذار حقوقی): کد ملی (بیمه گذار حقیقی) / شناسه ملی (بیمه گذار حقوقی) : نشانی بیمه گذار : کد پستی : تلفن همراه : تلفن ثابت :
کد نمایندگی / کارگزاری:	

مشخصات فعالیت	<p>نام محل فعالیت:</p> <p>نوع فعالیت:</p> <p>نشانی محل فعالیت:</p> <p>شرح کلی کار و روش اجرا:</p> <p>وسایل مورد استفاده در انجام کار : وسایل ایمنی مورد استفاده در محل فعالیت:</p> <p>خطرات احتمالی :</p> <ul style="list-style-type: none"> • آیا کار در ارتفاع هم صورت میگیرد ؟ • آیا با مواد منفجره و ناریه سروکار دارید ؟ <p>تعداد نیروهای بیمه گذار شاغل در محل فعالیت:</p> <p>فنی (فعالیت اصلی) : نفر ثابت نفر متغیر (حداقل) نفر متغیر (حداکثر) اداری - دفتری : نفر ثابت نفر متغیر (حداقل) نفر متغیر (حداکثر) نگهبان - حراست : نفر ثابت نفر متغیر (حداقل) نفر متغیر (حداکثر) خدماتی - نظافتی : نفر ثابت نفر متغیر (حداقل) نفر متغیر (حداکثر) سایر (ذکر نوع فعالیت) : نفر ثابت نفر متغیر (حداقل) نفر متغیر (حداکثر)</p> <p>.....</p> <p>آیا بواسطه شغل و فعالیت ذکر شده، با عوامل اجرائی اعم از پیمانکاران، مهندسین همکاری دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا تمایل به تحت پوشش قرار گرفتن مسئولیت عوامل اجرائی خود (پیمانکاران - مهندسین) در مقابل کارکنان دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت مثبت بودن پاسخ لطفا جدول ذیل را تکمیل فرمائید: (ارائه اسامی عوامل اجرائی و تعداد کارکنان آنها الزامی می باشد)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ردیف</th> <th rowspan="2">نام</th> <th rowspan="2">کد ملی / شناسه ملی</th> <th rowspan="2">سمت</th> <th colspan="3">تعداد نیروی کار عوامل اجرائی</th> </tr> <tr> <th>ثابت</th> <th>حداقل</th> <th>حداکثر</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>۱</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۲</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۳</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>آیا همه کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی هستند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>تعداد شیفت های کاری: یک <input type="checkbox"/> دو <input type="checkbox"/> سه <input type="checkbox"/></p> <p>شیف اول : ساعت شروع ساعت پایان</p> <p>شیف دوم : ساعت شروع ساعت پایان</p> <p>شیف سوم : ساعت شروع ساعت پایان</p>	ردیف	نام	کد ملی / شناسه ملی	سمت	تعداد نیروی کار عوامل اجرائی			ثابت	حداقل	حداکثر	۱							۲							۳						
	ردیف					نام	کد ملی / شناسه ملی	سمت	تعداد نیروی کار عوامل اجرائی																							
ثابت		حداقل	حداکثر																													
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 ، جدول ذیل را تکمیل 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 موضوع فعالیت داشته اید :

در صورت مثبت بودن شماره بیمه نامه ، نام بیمه گر و مشخصات آن را ذکر فرمائید :

ضریب خسارت بیمه گذار در یکسال 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 بیمه نامه ریال		
۴- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قابل اشخاص ثالث		
۵- پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه <input type="checkbox"/> 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		
۹- پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه نامه		
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 یا 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
مهر و امضا نماینده / کارگزار
تاریخ :