



پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی
کارفرما در قبال کارکنان ویژه فعالیت‌های عمرانی

کد فرم : FO-LB-12/03
ویرایش :

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 :	نام پیشنهاد دهنده :	کد ملی / کد ثبت :
	شماره شناسنامه :	نام پدر :
	سال :	تاریخ تولد / تاسیس : روز ماه
	تلفن / تلفن همراه :	کد پستی :
	وضعیت حقوقی پیشنهاد دهنده: <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی	نشانی :

مشخصات پیشنهاد دهنده	موضوع قرارداد:
	نشانی محل پروژه :
مشخصات پروژه	نام و نوع فعالیت عوامل اجرایی (شامل پیمانکاران اصلی و فرعی):
	شرح تفصیلی و روش اجرای کار / پروژه:
	شرح نوع کارهای انجام شده و درصد پیشرفت فیزیکی کار تا این تاریخ را ذکر نمایید:
	خطرات احتمالی :
	نوع وسایل ایمنی و حفاظتی کارکنان:
	آیا آئین نامه های حفاظت کارگاهی و HSE Plan در کارگاه صورت می پذیرد؟ توضیح دهید. آیا کار در شب (بدون نور طبیعی) صورت می پذیرد؟ توضیح دهید. آیا کار در ارتفاع هم صورت می گیرد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> حداکثر ارتفاع؟ آیا خطر ناشی از انفجار در پروژه وجود دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ناشی از چه چیزی؟

مشخصات نیروی کار	لطفا 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.	
	<input type="radio"/>	نام و نام خانوادگی و کد ملی تمام کارکنان را اعلام می کنم.
	<input type="radio"/>	به دلیل وجود کارکنان روزمزد یا فاقد بیمه تامین اجتماعی، تمایلی به اعلام مشخصات کارکنان (نام و نام خانوادگی و کد ملی) ندارم.
	<input type="radio"/>	(بی نام)
	حداکثر تعداد کارکنان پیشنهاد دهنده..... نفر	حداکثر تعداد کارکنان عوامل اجرایی..... نفر
	حداقل تعداد کارکنان پیشنهاد دهنده..... نفر	حداقل تعداد کارکنان عوامل اجرایی..... نفر
	حداکثر تعداد کارکنان پیشنهاد دهنده..... نفر	حداکثر تعداد کارکنان عوامل اجرایی..... نفر
	حداقل تعداد کارکنان عوامل اجرایی..... نفر	حداکثر تعداد کارکنان عوامل اجرایی..... نفر
	شیفت اول از ساعت تا ساعت شیفت دوم از ساعت تا ساعت شیفت سوم از ساعت تا ساعت	

پیشینه بیمه ای و خسارت	<p>آیا برای این نوع فعالیت در سال گذشته بیمه نامه داشته اید؟ در صورت وجود، نام بیمه گر، شماره بیمه نامه، تاریخ انقضا و سابقه تخفیف عدم خسارت آن را ذکر نمایید.</p> <p>تعداد حوادث و مبالغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت پیشنهاد دهنده در سه سال گذشته (به تفکیک هر حادثه):</p>
------------------------	--

میزان تعهدات درخواستی بیمه گذار	<p>حداکثر تعهد مورد درخواست برای هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد مورد درخواست برای هزینه پزشکی در طی دوره بیمه: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد مورد درخواست برای دیه و ارش برای هر نفر در هر حادثه: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد مورد درخواست برای دیه فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد مورد درخواست برای دیه و ارش در طی دوره بیمه : ریال.</p>
	<p>میزان فرانشیز هزینه های پزشکی در هر خسارت: <input type="checkbox"/> ۵ درصد <input type="checkbox"/> ۱۰ درصد <input type="checkbox"/> ۱۵ درصد <input type="checkbox"/> ۲۰ درصد <input type="checkbox"/> ۲۵ درصد</p>

پوشش های تکمیلی	<p>آیا بیمه گذار مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر می باشد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۱- مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان ناشی از وسایل نقلیه موتوری.</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۲- جبران هزینه های پزشکی.</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۳- مطالبات تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی تا سقف ریال برای هر نفر در هر حادثه.</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۴- مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث.</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۵- جبران مابه التفاوت افزایش دیه پس از وقوع حادثه (یک بار □ دو بار □ سه بار □) .</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۶- پوشش تعدد دیات و دیات غیرمسری.</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۷- پوشش مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان.</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> ۸- پوشش مسئولیت مجری ذیصلاح ساختمان (این پوشش تکمیلی در این بیمه نامه قابل ارائه نمی باشد) .</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۹- پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه نامه.</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۱۰- مسئولیت بیمه گذار در پراخت غرامت دستمزد روزانه کارکنان برای هر نفر در هر روز حداکثر ریال.</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۱۱- پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی در مجموع تا سقف ریال.</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۱۲- پوشش مسئولیت مدنی بیمه گذار در قبال کارکنان عوامل اجرایی.</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۱۳- پوشش مسئولیت مدنی بیمه گذار در قبال شخص عوامل اجرایی.</p>
-----------------	--

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

بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه 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.

امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.

امضاء و مهر نماینده/کارگزار: تاریخ: ۱۴ / / نام و امضاء پیشنهاد دهنده: