



پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرمایان واحد های صنعتی، تولیدی، خدماتی در مقابل کارکنان

تهران، خیابان آیت اله طالقانی، حد فاصل خیابان
ولیعصر و خیابان حافظ، ساختمان شماره ۴۰۴
تلفن: ۶۶۴۰۹۹۱۳ و ۶۶۴۰۹۹۱۳
فاکس: ۶۶۹۷۷۲۰۶
کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

مشخصات بیمه گذار

نام کامل بیمه گذار: شماره اقتصادی: شماره ملی:
نشانی دفتر مرکزی: تلفن / دورنگار: نشانی الکترونیکی:
نشانی محل کار موضوع بیمه: سابقه کار بیمه گذار:
نام و کد نمایندگی / کارگزاری: تلفن / دورنگار: شماره بیمه نامه سال قبل:

مدت بیمه

مدت بیمه: جمعاً ماه از ساعت ۲۴ روز الی ساعت ۲۴ روز

مشخصات مورد بیمه

تاریخ تأسیس کارگاه، کارخانه و یا شرکت: آیا بیمه گذار (حقیقی) دارای جواز کسب می باشد؟ بلی خیر
نوع فعالیت: دائمی فصلی
شرح مختصری از نوع فعالیت:

نوع و تعداد ماشین آلات صنعتی و وسایل نقلیه موتوری موجود در محل کار:

نوع وسایل ایمنی مورد استفاده در محل کار:

تعداد حداقل و حداکثر نیروی کار: حداقل نفر حداکثر نفر
تعداد شیفت کاری: شیفت

(حداکثر افراد شاغل در شیفت اول حداکثر نفر، شیفت دوم حداکثر نفر، شیفت سوم حداکثر نفر)

آیا کارگران تحت پوشش بیمه سازمان تأمین اجتماعی و می باشند. بلی خیر

آیا تمایل به ارائه لیست کارکنان دارید: بلی خیر (ارائه لیست اسامی کارکنان در زمان صدور بیمه نامه الزامیست)

آیا کارکنان دارای پوشش بیمه عمر و حادثه می باشند؟ نام شرکت، سرمایه بیمه و دوره اعتبار آن را مشخص فرمایید:

تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت، نقص عضو یا هزینه پزشکی گردیده است:

فوت: نفر طی حادثه نقص عضو: نفر طی حادثه هزینه پزشکی: نفر طی حادثه

لطفاً نظر خود را در خصوص خطرات احتمالی که کارکنان را تهدید می نماید بیان نمایید:

انفجار مصدومیت در اثر استفاده از ابزار آلات برق گرفتگی
 سقوط اجسام خطر سوختگی و آتش سوزی سقوط از ارتفاع (تا ارتفاع متر)
 سایر خطرات گزیدگی حیوانات

تعهدات در خواستی

۱- غرامت فوت و صدمات جسمانی برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی: مبلغ ریال
۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه ماه های حرام: مبلغ ریال
۳- هزینه پزشکی ناشی از حادثه موضوع این بیمه نامه برای هر نفر در هر حادثه: مبلغ ریال
۴- حد اکثر تعهد بیمه گر برای فوت و صدمات جسمانی طی مدت بیمه نامه: مبلغ ریال
۵- حد اکثر تعهد بیمه گر برای هزینه های پزشکی طی مدت بیمه نامه: مبلغ ریال

لطفاً پوشش های مورد درخواست خود را مشخص فرمائید:

(۱) پوشش تأمین مطالبات سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی با سرمایه:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ۷۱ ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۷۷ ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال |
| <input type="checkbox"/> ۷۲ ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۷۸ ۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال |
| <input type="checkbox"/> ۷۳ ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۷۹ ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال |
| <input type="checkbox"/> ۷۴ ۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۷۱۰ ۵۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال |
| <input type="checkbox"/> ۷۵ ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۷۱۱ ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال |
| <input type="checkbox"/> ۷۶ ۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال | |

(۲) پوشش مسئولیت کارفرما در مقابل صدمات جسمانی وارد به اشخاص ثالث

(۳) پوشش بیمه ای برای شخص بیمه گذار

(۴) پوشش پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه

(۵) پوشش بیمه ای برای مسئولیت مهندس ناظر، طراح، محاسب و مجری

(۶) پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه

(۷) پوشش مسئولیت بیمه گذار در اماکن وابسته به کارگاه (لطفاً نام و آدرس اماکن مورد نظر را ذکر نمایید)

۱.
۲.

(۸) پوشش بیمه ای برای مأموریت های خارج از کارگاه (لطفاً مشخصات افراد مورد نظر را ذکر نمایید)

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی
۱			
۲			
۳			
۴			

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

(۹) پوشش بیمه ای برای حوادث ناشی از وسائط نقلیه موتوری زمینی

(۱۰) پوشش بیمه ای مازاد بر یک دیه:

- ۱۰/۱ دیه دوم ۱۰/۲ دیه سوم ۱۰/۳ دیه چهارم

(۱۱) پوشش بیمه ای برای مسئولیت پیمانکاران فرعی

(۱۲) پوشش بیمه ای پرداخت خسارت فوت بر اساس دیه های آتی:

- ۱۲/۱ یک سال ۱۲/۲ دو سال ۱۲/۳ سه سال

(۱۳) پوشش بیمه ای پرداخت غرامت دستمزد روزانه کارکنان

(۱۴) پوشش بیمه ای عدم اعمال قاعده نسبی مربوط به افزایش تعداد کارکنان

(۱۵) پوشش مسئولیت کارکنان بیمه گذار ناشی از قصور، اشتباه یا اهمال غیر عمدی در قبال خود و کارکنان بیمه گذار

(۱۶) پوشش بیمه ای حوادث غیر مرتبط با کار (کارکنان)

(۱۷) پوشش بیمه ای کارکنان چین اباب و ذهاب از منزل به محل بیمه شده و بالعکس

(۱۸) پوشش طلایی

(۱۹) پوشش بیمه ای پرداخت خسارت وارد به کارکنان اتباع خارجی:

(۱۹/۱) پرداخت خسارت وارد به کارکنان اتباع خارجی (مسئولیت بیمه گذار)

(۱۹/۲) پرداخت خسارت وارد به کارکنان اتباع خارجی (مسئولیت پیمانکاران فرعی، مهندسین ناظر، طراح، محاسب و مجری)

(۱۹/۳) پرداخت خسارت وارد به کارکنان اتباع خارجی (مسئولیت بیمه گذار، پیمانکاران فرعی، مهندسین ناظر، طراح، محاسب و مجری)

(۲۰) پوشش بیمه ای جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال فرانشیز:

بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پیشنهاد و پرسشنامه صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از ذکر هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است و در صورت اثبات خلاف موارد اعلام شده، مسئولیت آن متوجه شخص بیمه گذار و یا نماینده وی می باشد. بنابراین موافقت می شود این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جز لاینفک آن قرار گیرد و بیمه گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه نامه صادره مسئول جبران خسارت خواهد بود.

نام / مهر و امضاء، بیمه گذار:

مهر و امضاء، نمایندگی یا کارگزاری:

تاریخ تکمیل پیشنهاد:

تلفن تماس: