

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																															
مشخصات فعالیت	کد نمایندگی / کارگزاری: نام بیمه گذار: تاریخ تولد/تاریخ تاسیس :/...../..... 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 :																														
	نوع فعالیت : نام محل فعالیت: نشانی محل فعالیت: شرح کلی کار و روش اجرا: وسایل مورد استفاده در انجام کار : وسایل ایمنی مورد استفاده در محل فعالیت: خطرات احتمالی : <ul style="list-style-type: none"> آیا کار در ارتفاع هم صورت میگیرد ؟ آیا با مواد منفجره و ناریه سروکار دارید ؟ تعداد نیروهای بیمه گذار شاغل در محل فعالیت:																														
	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)																														
	آیا بواسطه شغل و فعالیت ذکر شده، با عوامل اجرایی اعم از پیمانکاران، مهندسین همکاری دارید؟ ☐ خیر ☐ بلی آیا تمایل به تحت پوشش قرار گرفتن مسئولیت عوامل اجرایی خود (پیمانکاران-مهندسین) در مقابل کارکنان دارید؟ ☐ خیر ☐ بلی در صورت مثبت بودن پاسخ لطفا جدول ذیل را تکمیل فرمائید: (ارائه اسامی عوامل اجرایی و تعداد کارکنان آنها الزامی می باشد)																														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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 اجرایی</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>	ردیف	نام	کد ملی/شناسه ملی	سمت	تعداد نیروی کار عوامل اجرایی			ثابت	حداقل	حداکثر	۱							۲							۳					
ردیف	نام					کد ملی/شناسه ملی	سمت	تعداد نیروی کار عوامل اجرایی																							
		ثابت	حداقل	حداکثر																											
۱																															
۲																															
۳																															
	آیا همه کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی هستند؟ ☐ خیر ☐ بلی تعداد شیفت های کاری: ☐ یک ☐ دو ☐ سه شیف اول : ساعت شروع ساعت پایان شیف دوم : ساعت شروع ساعت پایان شیف سوم : ساعت شروع ساعت پایان																														

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 :

نسبت 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 نمایید :

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 هرنفر 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 ☐ یکبار افزایش ☐ دوبار افزایش ☐ سه بار افزایش ☐		
۶- پوشش تعدد دیات و دیات غیر مسری		
حداکثر تعهد برای هرنفر 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		
۱۲- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان عوامل اجرایی		
۱۳- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال شخص عوامل اجرایی		

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
کارگزار / نماینده
تاریخ :