|  |
| --- |
| C:\Documents and Settings\Admin\My Documents\bime_moallem_20110817_1338036925.jpg ***پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان ( فعالیت های تولیدی ، صنعتی ، خدماتی بازرگانی )*** |
|  |
| الف)مشخصات عمومی بیمه گذار: نمایندگی / کارگزاری :1.نام کامل شخص یا موسسه یا شرکت پیشنهاد دهنده:محل صدور: تاریخ تولد: شماره شناسنامه: کد ملی: شماره همراه:2.نشانی پیشنهاد دهنده: شماره تماس:3.وضعیت مالکیت شرکت: دولتی خصوصی4.فهرست بزرگترین کارهای اجرا شده توسط پیشنهاد دهنده در پنج سال گذشته با ذکر موضوع و ارزش قرارداد:5.حوادث و مبالغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت پیشنهاد دهنده در پنج سال گذشته(به تفکیک حادثه): 6.خواهان پوشش مسئولیت :با ارائه لیست اسامی کارکنان(با نام) بدون ارائه لیست اسامی کارکنان (بی نام) |
|  |
| ب)پرسشهای عمومی در مورد موضوع فعالیت پیشنهاد دهنده و نیروهای اجرایی: |
| 1. نوع فعالیت پیشنهاد دهنده : 2.نشانی محل کارگاه (فعالیت):3.روش اجرای کار را مختصراً توضیح دهید:4.در ارتباط با نیروی کار شاغل موارد زیر را مشخص نمائید: تعداد کل کارکنان : نفراداری(دفتری) : نفر نگهبان (حراست): نفرفنی (تولیدی)اصل فعالیت : نفرآیا کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی می باشند؟ بله خیر5.تعداد شیفت کاری در شبانه روز شیفت ساعته تعداد کارکنان هر شیفت: نفر ساعت شروع کار شیفت : ساعت پایان کار شیفت :  |
|  |
| ب)مدت بیمه و حداکثر پوشش های مورد درخواست: |
| 1.مدت بیمه نامه ماه شروع از ساعت 24روز انقضا ساعت 24 روزلطفاً میزان تعهدات درخواستی (پوشش بیمه ایی) مورد نظر را مشخص نمایید:

|  |  |
| --- | --- |
| ريال | هزینه پزشکی یک نفر در هر حادثه |
| ريال | حداکثر تعهدات بیمه گر برای هزینه های پزشکی درطول مدت بیمه نامه |
| ريال | غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی |
| ريال | غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام |
| ريال |  تعهد بیمه گر برای حوادث منجر به غرامات مازاد بر دیه اول برای هرنفر در هر حادثه  |
| ريال | حداکثر تعهد بیمه گر برای غرامت های فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه |

 |
| ج)پوشش ها شرایط بیمه نامه: |
| با توجه به شرایط بیمه نامه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان،خسارت ناشی از حوادث ذیل تحت پوشش نمی باشد:هرگونه حادثه از محیط کار – حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری – غرامات وارده به پیمانکاران فرعی – غرامات وارده به مهندسین ناظر و مشاور- غرامات وارده به اشخاص ثالث – ضمناً پرداخت هر گونه غرامت فوت و نقص عضو با ارائه رای دادگاه و هزینه های پزشکی براساس تعرفه وزارت بهداشت و درمان انجام می گیرد .متقاضی محترم چنانچه تمایل دارید میتوانید با انتخاب پوشش های تکمیلی ذیل و پرداخت حق بیمه متعلقه نسبت به اخذ پوشش اقدام فرمائید:پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه پوشش پرداخت خسارت بدون رای دادگاهپوشش بیمه ایی برای پیمانکاران فرعیپوشش بیمه ایی برای مسئولیت کارفرما در مقابل صدمات جسمانی وارده به اشخاص ثالثتذکر:حداکثر تعداد نفرات تحت پوشش دو نفر می باشد(حدود تعهدات برای هر نفر در هر حادثه برابر تعهدات انتخابی برای کارکنان می باشد)پوشش بیمه ایی در اماکن وابسته به کارگاهپوشش بیمه ایی مسئولیت برای مهندسین ناظر و مشاورپوشش بیمه ایی ماموریت های خارج از کارگاه (با ارائه اسامی و اعلام نوع ماموریت) پوشش بیمه ایی برای شخص بیمه گذار(کارفرما)(منحصراً جهت بیمه گذاران حقیقی)پوشش بیمه ایی کارکنان در مقابل حوادث ناشی از وسایل نقلیه در محوطه کارگاه (محل فعالیت)پوشش افزایش دیه تا یکسال پس از انقضای بیمه نامهپوشش بیمه ای غرامت روزانهپوشش بیمه ای اهمال و قصور غیر عمدی کارکنان |
|  |
| آیا مایل هستید مطالبات تامین اجتماعی(موضوع تبصره یک ماده 66 قانون تامین اجتماعی) علیه شما در ارتباط با کارکنان بابت هزینه هایی که از سوی آن سازمان ها پرداخت می گردد. بیمه شود؟ بله خیردر صورتی که پاسخ مثبت است لطفاً حداکثر تعهد مورد درخواست برای هر نفر در هر حادثه را معین فرمائید :...............................ریال |
|  |
| بیمه گذار محترم ، چنانچه پوشش بیمه ایی خاصی در رابطه با موضوع کار خود مدنظر دارید لطفاً اعلام فرمائید: |
| بدینوسیله اعلام واقرار 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 خودداری نشده است.همچنین موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جز لاینفک آن قرار گیرد. تاریخ: نام وامضاء پیشنهاد دهنده: |
| این قسمت توسط نماینده(کارگزار) تکمیل گردد:اطلاعات مندرج در پیشنهاد بطور کامل مورد تائید می باشدمهر و امضاء نماینده(کارگزار): کد نماینده(کارگزار): تاریخ |