

نشانی: تهران - میدان ونک
 خیابان ونک - پلاک ۹
 کد پستی: ۱۹۹۴۶۱۸۳۱۷
 تلفن: ۰۲۱ - ۸۶۹۰
 www.bimehma.ir

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان (غیر ساختمانی) واحدهای خدماتی، تولیدی و صنعتی



از شرکت بیمه "ما" درخواست می شود بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان واحدهای خدماتی، تولیدی و صنعتی را بر اساس مندرجات این پیشنهاد به مدت روز از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ صادر نماید .

مشخصات بیمه گذار

نام : کد ملی/کد اقتصادی:

تاریخ تولد/تأسیس: روز ماه سال کد پستی:

تلفن / همراه: وضعیت حقوقی پیشنهاد دهنده: دولتی خصوصی

نشانی:

نماینده/کارگزار:

کد :

واحد صدور:

مشخصات کار و نیروی کار

نام محل فعالیت: نوع فعالیت:

نشانی محل فعالیت:

شرح تفصیلی کار و روش اجرا:

ابزار های مورد استفاده در انجام کار:

چنانچه بیمه گذار شخصیت حقوقی می باشد نام اعضای هیات مدیره یا مدیر عامل ذکر گردد

آیا در نیروی انسانی شاغل در کارگاه بستگان درجه یک فعالیت دارند یا خیر؟

خطرات احتمالی:

آیا کار در ارتفاع هم صورت می گیرد؟ بلی خیر حداکثر ارتفاع؟

آیا با خطر انفجار هم سرو کار دارید؟ بلی خیر ناشی از چه عاملی؟

به نظر شما کارکنان در محل کار در معرض چه خطراتی هستند؟

نوع وسایل ایمنی و حفاظتی کارکنان:

تعداد نیروی کار شاغل در محل اجرای کار با احتساب تعداد کارکنان پیمانکاران(در صورت وجود):

اداری-دفتری: حد اقل نفر و حداکثر نفر . آیا مایل به ارسال اسامی آنها می باشید؟ بلی خیر ساعات کاری

نگهبان-حراست: حد اقل نفر و حداکثر نفر . آیا مایل به ارسال اسامی آنها می باشید؟ بلی خیر ساعات کاری

خدماتی- نظافتی: حد اقل نفر و حداکثر نفر . آیا مایل به ارسال اسامی آنها می باشید؟ بلی خیر ساعات کاری

فنی- تولیدی (اصل فعالیت): حد اقل نفر و حداکثر نفر . آیا مایل به ارسال اسامی آنها می باشید؟ بلی خیر ساعات کاری

سایر (با ذکر نوع فعالیت): حد اقل نفر و حداکثر نفر . آیا مایل به ارسال اسامی آنها می باشید؟ بلی خیر ساعات کاری

نحوه استخدام کارکنان و کارگران: رسمی قراردادی روزمزد

تعداد کل کارکنان و کارگران شاغل: رسمی نفر ، قراردادی نفر ، روزمزد نفر.

آیا همه کارکنان و کارگران تحت پوشش بیمه سازمان تامین اجتماعی می باشند؟ بلی خیر

آیا بیمه گذار مایل به پوشش کار در ایام تعطیل می باشد؟ بلی خیر

تعداد شیفت های کاری:

ساعات کاری هر شیفت: از تا از تا از تا تعداد کارکنان در هر شیفت:

سابقه خسارت

آیا در دو سال گذشته ، حوادث منجر به فوت و نقص عضو و یا هزینه های پزشکی در محل کار شما روی داده است؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر تاریخ مرقوم فرمایید:

تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)

الف: در هر حادثه:

- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی برای هر نفر (ماه عادی): ریال
- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه های حرام : ریال
- حداکثر هزینه های پزشکی ناشی از حوادث موضوع این بیمه برای هر نفر : ریال
- ب: در طی دوره بیمه :**
- حداکثر تعهد بیمه گر برای فوت و نقص عضو: ریال
- حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه پزشکی: ریال

• آیا بیمه گذار مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر می باشد؟

- بلی خیر ۱- دپه دوم و بیشتر برای کارکنان تا سقف **الف:** ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال در طی دوره ب: یک دپه ماه عادی در طی دوره
- ج:** دو دپه بر اساس ماه عادی در طی دوره
- بلی خیر ۲- مأموریت های خارج از کارگاه کارکنان (با ارسال حکم مأموریت قبل از اعزام کارکنان)
- بلی خیر ۳- غرامت جانی وارد به کارکنان در خوابگاه، رستوران و سایر اماکن مرتبط با کارگاه در داخل محدوده مکانی تحت پوشش
- بلی خیر ۴- مسئولیت بیمه گذار جهت حوادث حین ایاب و ذهاب کارکنان از منزل به کارگاه و برعکس (با اعلام مشخصات وسیله نقلیه مورد استفاده)
- بلی خیر ۵- خسارات ناشی از وسایل نقلیه موتوری زمینی برای کارکنان
- بلی خیر ۶- مسئولیت پیمانکاران فرعی در قبال کارکنان
- بلی خیر ۷- مسئولیت مهندس ناظر و مشاور در قبال کارکنان
- بلی خیر ۸- پرداخت غرامت فوت و نقص عضو کارکنان بدون رای دادگاه
- بلی خیر ۹- پرداخت هزینه های پزشکی کارکنان بدون اعمال تعرفه وزارت بهداشت و در حد متعارف (هم تراز) تا سقف تعهدات درخواستی
- بلی خیر ۱۰- پرداخت مطالبات تبصره یک ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی تا سقف ریال
- بلی خیر ۱۱- جبران هزینه های پزشکی ناشی از حوادث برای شخص کارفرما در داخل کارگاه*
- بلی خیر ۱۲- بیمه مسئولیت برای جبران صدمات جسمانی وارد به اشخاص ثالث در داخل محدوده مکانی تحت پوشش بیمه نامه
- بلی خیر ۱۳- ما به التفاوت افزایش دیات صرفاً یکبار در طی دوره بیمه و حداکثر تا ۲۰٪ مازاد بر سقف تعهدات در زمان وقوع حادثه می باشد
- بلی خیر ۱۴- پرداخت غرامت دستمزد روزانه کارکنان
- بلی خیر ۱۵- غرامت جانی وارد به کارکنان در محیط کار ناشی از حوادث غیر مرتبط با فعالیت اصلی بیمه شده
- بلی خیر ۱۶- عدم اعلام افزایش بیست درصدی تعداد کارکنان (ویژه بیمه نامه های بی نام)
- بلی خیر ۱۷- اهمال غیر عمدی کارکنان بیمه گذار
- بلی خیر ۱۸- مسئولیت بیمه گذار در قبال شخص مهندس ناظر و مشاور و پیمانکاران اصلی و فرعی طرف قرارداد با بیمه گذار در داخل محدوده تحت پوشش
- بلی خیر ۲۰- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان پیمانکار اصلی و فرعی
- * بیمه گذار گرامی در صورت درخواست پوشش فوت و نقص عضو از واحد فروش درخواست بیمه نامه حوادث نمایند.

چنانچه علاوه بر موارد فوق، درخواست پوشش بیمه ای دیگری در زمینه بیمه های مسئولیت دارید مرقوم فرمایید؟

.....

.....

.....

.....

.....

.....

توجه: با توجه به قانون مبارزه با پولشویی مصوب ۱۳۸۶/۱۱/۰۲ مجلس شورای اسلامی و آیین نامه و دستورالعمل های اجرایی آن، بدین وسیله متعهد و ملتزم می شوم ضمن رعایت موارد قانون یاد شده و مقررات مربوط از هر گونه اقدامی که منجر به پولشویی گردد خودداری نمایم.

اینجانب تعهد می نمایم که به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان (غیر ساختمانی) می باشد در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع بیمه گر مطابق مقررات اقدام خواهد نمود.

مهر یا امضای بیمه گذار: تاریخ: