

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



بیمه ما
 ma insurance

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان پروژه های ساختمانی

از شرکت بیمه "ما" درخواست می شود بیمه نامه مسئولیت مدنی سازندگان ابنیه در قبال کارکنان ساختمانی را بر اساس مندرجات این پیشنهاد به مدت روز
 از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ صادر نماید .

مشخصات بیمه گذار

نام : تاریخ تولد/ تأسیس: روز ماه سال کد ملی/ کد اقتصادی: کد پستی: تلفن / همراه: وضعیت حقوقی پیشنهاد دهنده : <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی نشانی: شرکت بیمه سال قبل: شماره بیمه نامه سال قبل:	نمایندگی / کارگزار: کد : واحد صدور:
---	---

مشخصات بنا

نشانی محل اجرای کار:

آیا بیمه گذار دارای شریک در ملک مورد نظر می باشد ؟

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

نوع وسایل ایمنی و حفاظتی کارکنان:

در حال اجرای کدامیک از موارد می باشید؟ تخریب گودبرداری اجرای پی سفتکاری سایر:

(در صورتیکه مرحله پروژه وارد نماکاری و نازک کاری شده است لطفاً فرم پیشنهاد کارفرما در قبال کارکنان خدماتی، تولیدی و صنعتی تکمیل گردد)

شماره پروانه ساخت: تاریخ صدور پروانه: / / کل مترآژ زیر بنا مندرج در پروانه ساخت: متر مربع
 اضافه بنا متر مربع تعداد بلوک : تعداد طبقات (جمعاً با احتساب همکف) : طبقه ، به اضافه طبقه زیر زمین .
 نوع کاربری ساختمان در دست ساخت : پلاک ثبتی ملک:

نوع سازه در دست ساخت : بتنی فلزی سایر:

مترآژ و تعداد طبقات ساختمان تخریبی: طول و عرض زمین:*

نوع خاک: خاک رس، دستی، ماسه صخره یا دج خاک مخلوط سایر:

چگونگی خاک برداری: دستی ماشینی عمق گودبرداری: متر .

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)

تعهدات مورد انتظار بیمه گذار برای کارکنان

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 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 های پزشکی: ریال

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

- بلی خیر ۱- دیه دوم و بیشتر برای کارکنان تا سقف الف: ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال در طی دوره ب: یک دیه در طی دوره ج: دو دیه 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 (بدون اخذ حق بیمه)
- 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 بیمه گذار (پوشش اجباری)
- 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 تامین 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 حداکثر تا سقف ۲۰ درصد مازاد بر تعهدات مندرج در بیمه نامه
- 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
- 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 گرمای 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؟

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 (ساختمانی) می باشد در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند مطابق مقررات اقدام نماید.

مهر یا امضای بیمه گذار : تاریخ: