



Sarmad Insurance

## پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان واحدهای صنعتی، تولیدی، اداری و خدماتی

پیشنهاد دهنده (بیمه گذار) محترم، نظر به اینکه مفاد بیمه نامه و تعهدات بیمه گر بر مبنای اطلاعات ارائه شده در این فرم میباشد، خواهشمند است نسبت به ارائه پاسخ صحیح و کامل به تمامی سئوالات، در نهایت حسن نیت اقدام فرمائید.

پیشنهاد دهنده مشخصات	نام پیشنهاد دهنده (حقیقی <input type="checkbox"/> حقوقی <input type="checkbox"/> ):	کدملی/شناسه ملی:
	تاریخ تولد/ثبت:	شماره شناسنامه/ثبت:
	نشانی: استان:	شهر:
	کدپستی:	تلفن ثابت (بهمراه کد):
	کوچه:	خیابان:
	کدپستی یا پلاک ثبتی:	پلاک/شماره:
	دورنگار:	تلفن همراه:

مشخصات محل فعالیت و عوامل اجرایی پروژه	موضوع فعالیت در محل موردبیمه:	شرح دقیق فعالیت در محل موردبیمه:
	نشانی دقیق محل فعالیت: استان:	شهر:
	پلاک/ شماره:	خیابان:
	خطرات احتمالی موجود برای کارکنان حاضر در محل فعالیت:	کوچه:
	ابزارهای مورد استفاده در انجام کار:	کدپستی یا پلاک ثبتی:
	آیا کار در ارتفاع نیز صورت می پذیرد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، حداکثر ارتفاع؟	
	آیا خطر انفجار هم وجود دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، توضیحات لازم را ارائه فرمائید؟	
	آیا همه کارکنان و کارگران حاضر در محل فعالیت، تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی می باشند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
	آیا شرایط و آیین نامه های حفاظت فنی در مکان مورد بیمه رعایت می گردد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
	در خواست صدور بیمه نامه به کدام صورت را دارید؟ بی نام <input type="checkbox"/> با نام <input type="checkbox"/>	
در صورتیکه درخواست صدور بیمه نامه به صورت با نام را دارید مشمول تخفیف خواهید شد در این صورت مشخصات کارکنان (نام، نام خانوادگی و کد ملی) را به شرح زیر و یا با ارائه لیست / فایل اعلام فرمایید.		



Sarmad Insurance

## پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان واحدهای صنعتی، تولیدی، اداری و خدماتی

آیا درخواست تحت پوشش قراردادن کارکنان پیمانکار در محل فعالیت را دارید؟  بله  خیر

در صورتی که پاسخ مثبت می باشد تعداد نیروی کار شاغل در محل فعالیت را با احتساب تعداد کارکنان پیمانکار در قسمت زیر مشخص فرمایید.

ضریب نیروی کار:

کارکنان ثابت: ..... نفر. حداقل: ..... نفر. حداکثر: ..... نفر. تعداد شیفت: .....

تعداد ضریب نیروی کار شیفت اول: ساعت شروع: ساعت پایان:

تعداد ضریب نیروی کار شیفت دوم: ساعت شروع: ساعت پایان:

تعداد ضریب نیروی کار شیفت سوم: ساعت شروع: ساعت پایان:

در صورت دارا بودن اطلاعات تفکیکی ضریب نیروی کار، آمار مربوطه را بشرح جدول ذیل ارائه فرمائید.

کار در شب	تعداد کارکنان	نوع فعالیت نیروی کار
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	ثابت ..... حداقل ..... نفر حداکثر ..... نفر	اداری-دفتری
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	ثابت ..... حداقل ..... نفر حداکثر ..... نفر	نگهبانی-حراست
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	ثابت ..... حداقل ..... نفر حداکثر ..... نفر	خدماتی- نظافتی
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	ثابت ..... حداقل ..... نفر حداکثر ..... نفر	تولیدی-فنی
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	ثابت ..... حداقل ..... نفر حداکثر ..... نفر	سایر (با ذکر نوع شغل)

مشخصات نیروی کار

از تاریخ: ..... تا تاریخ: ..... به مدت: ..... روز

مدت بیمه نامه

۱. آیا در سال قبل/سال های قبل، پوشش بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان واحدهای صنعتی، تولیدی، اداری و خدماتی را خریداری کرده اید؟  بلی  خیر  
در صورت مثبت بودن پاسخ، نام شرکت بیمه گر قبلی، شماره بیمه نامه و و تاریخ شروع و انقضاء بیمه نامه را ذکر فرمائید.

سوابق بیمه ای و خسارت

۲. آیا در طول ۳ (سه) سال گذشته، حادثی در ارتباط با موضوع این پیشنهاد در محل موردبیمه/محل فعالیت اتفاق افتاده است؟  بلی  خیر  
در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً تعداد و مبلغ هر خسارت را به تفکیک بیان فرمائید.



Sarmad Insurance

**پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان  
واحدهای صنعتی، تولیدی، اداری و خدماتی**

ردیف	پوشش بیمه ای	سرمایه درخواستی (ریال)
۱	حداکثر غرامت فوت و نقص برای هر نفر در هر حادثه (ماه های عادی)	
۲	حداکثر غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه (ماه حرام)	
۳	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه نامه	
۴	حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	
۵	حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت اعتبار بیمه نامه	

تعهدات درخواستی

پوشش های اضافی درخواستی
<p><b>پوشش های اضافی بدون سرمایه:</b></p> <p>۱- پوشش بیمه ای مأموریت خارج از محل فعالیت کارکنان (ارائه اسامی مأمورین و حکم مأموریت قبل از اعزام و یا در زمان صدور بیمه نامه ضروری است)</p> <p>۲- پوشش بیمه ای اماکن وابسته به کارگاه خارج از محل فعالیت مانند محل اقامت کارکنان، رستوران، حمام، سالن ورزش و ...</p> <p>۳- پوشش بیمه ای حوادث وسایل نقلیه موتوری زمینی (مازاد بر بیمه نامه شخص ثالث وسایل نقلیه موتوری)</p> <p>۴- پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان پیمانکاران اصلی و فرعی</p> <p>۵- پوشش بیمه ای پرداخت خسارت بدون رای دادگاه و صرفا با احراز مسئولیت بیمه گذار توسط بیمه گر</p> <p>۶- پوشش بیمه ای پرداخت هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه وزارت بهداشت و مطابق با صورتحساب ارائه شده از سوی زیان دیده یا بیمه گذار تا حد متعارف</p> <p>۷- پوشش بیمه ای هزینه های پزشکی شخص بیمه گذار تا سقف تعهدات بیمه نامه و خسارت وارد به کارفرما و پیمانکار فقط در محل فعالیت بیمه گذار</p> <p>۸- پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار در مقابل خسارات جانی وارده به اشخاص ثالث در محل فعالیت بیمه گذار</p> <p>۹- پوشش بیمه ای مابه التفاوت افزایش دیات در سال های آتی: یکسال □ دو سال □ سه سال □</p> <p>۱۰- پوشش بیمه ای غرامت روزانه ایام بیکاری ناشی از وقوع حوادث موضوع مورد بیمه برای کارکنان بیمه گذار</p> <p>۱۱- پوشش بیمه ای حوادثی که ارتباطی با نوع فعالیت کارکنان ندارد و در راستای انجام فعالیت اصلی بوده و در محل فعالیت رخ دهد.</p> <p>۱۲- پوشش بیمه ای عدم اعلام افزایش کارکنان (تا سقف ۲۰ درصد)</p> <p>۱۳- پوشش بیمه ای حوادث ناشی از اهمال غیر عمد کارکنان</p> <p>۱۴- پوشش بیمه مسئولیت پیمانکاران اصلی و فرعی در قبال کارکنان خود و بیمه گذار</p> <p>۱۵- پوشش بیمه ای مسئولیت مهندسین ناظر و مشاور</p> <p><b>پوشش های اضافی با سرمایه:</b></p> <p>۱- دیه دوم و بالاتر تا سقف ..... ریال.</p> <p>۲- پوشش بیمه ای مطالبات تبصره ۱ ماده ۶۶ سازمان تامین اجتماعی در صورت احراز مسئولیت صرفا بیمه گذار تا سقف ..... ریال در هر حادثه و در طول مدت تا سقف ..... ریال</p>

<p>شعبه/نماینده/کارگزار</p> <p>مهر و امضاء: تاریخ:</p>	<p>تائیدیه پیشنهاد دهنده</p> <p>صحت پاسخ های ارائه شده مورد تأیید است. در صورت صدور بیمه نامه و وجود اختلاف بین متن بیمه نامه و این پیشنهاد، بیمه نامه حاکمیت خواهد داشت نام، مهر و امضای پیشنهاد دهنده: تاریخ:</p>
--	---