

## فرم پیشنهاد و پرسشنامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان تجاری، خدماتی، صنعتی، بازرگانی

<b>پیشنهاد</b>	شماره پیشنهاد: ..... نام معرف: ..... تاریخ پیشنهاد: ...../...../..... کد معرف: .....
<b>بیمه گذار</b>	بیمه گذار (حقیقی و حقوقی): ..... کد اقتصادی: ..... شناسه ملی: ..... شماره شناسنامه: ..... سال تولد: ...../...../..... کد ملی / شماره ثبت: ..... محل صدور: .....
<b>نشانی</b>	بیمه گذار: ..... محل مورد بیمه: ..... تلفن / دورنگار: ..... تلفن / دورنگار: .....
<b>مشخصات صنعتی و خدماتی</b>	- فعالیت شغلی اصلی: (موضوع کار): ..... - تعداد کارکنان: ثابت: ..... نفر - تفکیک شغلی پرسنل شامل: - تعداد کارکنان اداری: ..... نفر - تعداد کارکنان خدماتی: ..... نفر - نام واحد مورد بیمه ..... - حداکثر تعداد کارکنان متغیر (قراردادی و روز مزد) ..... نفر - تعداد کارکنان تولیدی یا صنعتی: ..... نفر - سایر: ..... + آیا تمایل دارید مسئولیت عوامل اجرایی (پیمانکاران اصلی و فرعی طرف قرارداد با بیمه گذار) تحت پوشش قرار گیرد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> - نام عوامل اجرایی: ..... - فعالیت شغلی (موضوع کار): ..... - تعداد کارکنان: ثابت: ..... نفر - تفکیک شغلی پرسنل شامل: - تعداد کارکنان اداری: ..... نفر - تعداد کارکنان خدماتی: ..... نفر - حداکثر تعداد کارکنان متغیر (قراردادی و روز مزد) ..... نفر - تعداد کارکنان تولیدی یا صنعتی: ..... نفر - سایر: .....
<b>شیفت کاری و لیست اسامی</b>	تعداد شیفت کاری: یک شیفت <input type="checkbox"/> دو شیفت <input type="checkbox"/> سه شیفت <input type="checkbox"/> ساعات اضافه کاری: ..... ساعت تعداد افرادی که در اضافه کاری مشغول می باشند ..... نفر آیا تمایل به صدور بیمه نامه به صورت با نام دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت با نام بودن ضروری است لیست اسامی کارکنان ارائه شود و تغییرات مربوطه در طول مدت اعتبار بیمه نامه ارائه گردد.)
<b>سابقه بیمه ای و خسارتی</b>	۱- چنانچه سابقه بیمه ای دارید، مدت بیمه و شرکت های بیمه طرف قرارداد را ذکر نمایید. ۲- چنانچه در سال های گذشته (۴ سال) حادثه ای که منجر به فوت یا نقص عضو کارکنان شده است به ترتیب قید نمایید.
<b>حداکثر تعهدات بیمه گر</b>	۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه (ماه عادی) ..... ریال ۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه (ماه حرام) ..... ریال ۳- هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه ..... ریال ۴- هزینه پزشکی در طول مدت اعتبار بیمه نامه ..... ریال ۵- تعداد پوشش بی نام (ضریب نیرو) ..... ۶- حداکثر غرامت در طول مدت اعتبار بیمه نامه (ماه حرام) ..... ریال

پوشش های تکمیلی را در صورت درخواست با علامت زدن در مربع مشخص نمایید .

۱.  حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری در داخل و خارج از کارگاه (مکان فعالیت)

۲.  پوشش جبران هزینه های پزشکی وارده به کارکنان

۳.  مطالبات سازمان تامین اجتماعی در ارتباط با حوادث کارکنان (تبصره یک ماده ۶۶) برای هر نفر در هر حادثه مبلغ ..... ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه مبلغ ..... ریال

۴.  مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث ناشی از فعالیت بیمه گذار در محل کارگاه (مکان فعالیت)

۵.  مابه التفاوت افزایش دیه در سال بعد علاوه بر میزان تعهدات خریداری شده در جدول مشخصات بیمه نامه  یکبار  دوبار  سه بار

۶.  تعدد دیات و دیات غیرمسری برای هر نفر در هر حادثه مبلغ ..... ریال و در طول مدت بیمه نامه مبلغ ..... ریال

۷.  مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان

۹.  نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد تعداد اعلام شده در زمان صدور بیمه نامه (صرفاً جهت بیمه های بی نام قابل ارائه است)

۱۰.  غرامت دستمزد روزانه به ازای هر نفر مبلغ ..... ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه مبلغ ..... ریال

۱۱.  هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی در طول مدت بیمه نامه مبلغ ..... ریال

۱۲.  مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان عوامل اجرایی (نظیر کارکنان پیمانکاران اصلی و فرعی طرف قرارداد با بیمه گذار)

۱۳.  مسئولیت بیمه گذار در قبال شخص عوامل اجرایی (نظیر شخص مهندس ناظر، مجری، مهندس مشاور و پیمانکاران اصلی و فرعی طرف قرارداد با بیمه گذار)

تعهدات درخواستی تکمیلی

مدت بیمه درخواستی : ..... روز

مدت بیمه

به این وسیله تأیید و گواهی می نمایم :

۱ - کلیه اظهارات فوق مبتنی بر واقعیت بوده و موافقت می شود که اساس و مبنای صدور بیمه نامه توسط بیمه البرز قرار گیرد .

۲ - این پرسشنامه جزء لاینفک بیمه نامه است و به تنهایی هیچگونه تعهدی را برای شرکت بیمه البرز ایجاد نمی نماید .

مهر و امضای بیمه گذار

مهر و امضاء بیمه گذار

مهر و امضاء معرف

نام و امضاء

ملاحظات بیمه گر