

فرم پیشنهاد و پرسشنامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان عمرانی

پیشنهاد	شماره پیشنهاد:	تاریخ پیشنهاد:/...../.....
پیشنهاد	نام معرف:	کد معرف:
مشخصات بیمه‌گذار	بیمه‌گذار (حقیقی و حقوقی):	کد ملی / شماره ثبت:
	کد اقتصادی:	شناسه ملی:
	شماره شناسنامه:	سال تولد:/...../..... محل صدور:
نشانی	بیمه‌گذار:	تلفن / دورنگار:
	محل مورد بیمه:	تلفن / دورنگار:
مشخصات فعالیت‌های عمرانی	- فعالیت شغلی اصلی: (موضوع کار) :	
	- نام کارگاه مورد بیمه :	
مشخصات فعالیت‌های عمرانی	- تعداد کارکنان: ثابت : نفر	
	- تفکیک شغلی پرسنل شامل : - تعداد کارکنان اداری : نفر	
مشخصات فعالیت‌های عمرانی	- تعداد کارکنان پروژه های عمرانی : نفر	
	- سایر :	
مشخصات فعالیت‌های عمرانی	+ 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:	
مشخصات فعالیت‌های عمرانی	- تعداد کارکنان: ثابت : نفر	
	- تفکیک شغلی پرسنل شامل : - تعداد کارکنان اداری : نفر	
مشخصات فعالیت‌های عمرانی	- تعداد کارکنان پروژه های عمرانی : نفر	
	- سایر :	
شیفت کاری و لیست اسامی	تعداد شیفت کاری: یک شیفت <input type="checkbox"/> دوشیفت <input type="checkbox"/> سه شیفت <input type="checkbox"/>	
	ساعات اضافه کاری: ساعت	
شیفت کاری و لیست اسامی	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 ضروریست لیست اسامی کارکنان ارائه شود و تغییرات مربوطه در طول مدت اعتبار بیمه نامه ارائه گردد .)	
سابقه بیمه ای و خسارتی	۱ - چنانچه سابقه بیمه‌ای دارید، مدت بیمه و شرکت‌های بیمه طرف قرارداد را ذکر نمایید .	
	۲ - چنانچه در سال‌های گذشته (۴ سال) حادثه‌ای که منجر به فوت یا نقص عضو کارکنان شده است به ترتیب قید نمایید .	
حداکثر تعهدات بیمه گر	۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه (ماه عادی)	ریال
	۲- غرامت فوت 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

تعهدات درخواستی تکمیلی	<p>پوشش های تکمیلی را در صورت درخواست با علامت زدن در مربع مشخص نمایید .</p> <p><input type="checkbox"/> ۱. حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری در داخل و خارج از کارگاه (مکان فعالیت)</p> <p><input type="checkbox"/> ۲. پوشش جبران هزینه های پزشکی وارده به کارکنان</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> ۴. مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث ناشی از فعالیت بیمه گذار در محل کارگاه (مشروط بر اینکه محل پروژه ثابت و مشخص باشد).</p> <p><input type="checkbox"/> ۵. مابه التفاوت افزایش ديه در سال بعد علاوه بر میزان تعهدات خریداری شده در جدول مشخصات بیمه نامه <input type="checkbox"/> یکبار <input type="checkbox"/> دوبار <input type="checkbox"/> سه بار</p> <p><input type="checkbox"/> ۶. تعدد دیات و دیات غیرمصری برای هر نفر در هر حادثه مبلغ ریال و در طول مدت بیمه نامه مبلغ ریال</p> <p><input type="checkbox"/> ۷. مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان</p> <p><input type="checkbox"/> ۹. نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد تعداد اعلام شده در زمان صدور بیمه نامه (صرفاً جهت بیمه نامه های بی نام قابل ارائه است)</p> <p><input type="checkbox"/> ۱۰. غرامت دستمزد روزانه به ازای هر نفر مبلغ ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه مبلغ ریال</p> <p><input type="checkbox"/> ۱۱. هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی در طول مدت بیمه نامه مبلغ ریال</p> <p><input type="checkbox"/> ۱۲. مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان عوامل اجرایی (نظیر کارکنان پیمانکاران اصلی و فرعی طرف قرارداد با بیمه گذار)</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p>	
	مدت بیمه	مدت بیمه درخواستی : روز
	مهر و امضاء بیمه گذار	<p>به این وسیله تأیید و گواهی می‌نمایم :</p> <p>۱ - کلیه اظهارات فوق مبتنی بر واقعیت بوده و موافقت می‌شود که اساس و مبنای صدور بیمه‌نامه توسط بیمه البرز قرار گیرد .</p> <p>۲ - این پرسشنامه جزء لاینفک بیمه‌نامه است و به تنهایی هیچگونه تعهدی را برای شرکت بیمه البرز ایجاد نمی‌نماید .</p> <p style="text-align: center;">مهر و امضای بیمه گذار</p>
ملاحظات بیمه گر	نام و امضاء	مهر و امضاء معرف