



از شرکت بیمه پارسیان (سهامی عام)، درخواست می شود بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان (غیر ساختمانی) را بر اساس مندرجات این پیشنهاد به مدت روز از ساعت مورخ تا ساعت مورخ صادر نماید.

مشخصات بیمه گذار	نام:	کد ملی/کد اقتصادی:
	تاریخ تولد/تاسیس: روز ماه سال	کد پستی:
	وضعیت حقوقی پیشنهاد دهنده: <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی	تلفن/همراه:
	نشانی:	کد واحد صدور:
		نماینده/کارگزار:
		کد:

مشخصات کار و نیروی کار	نام محل فعالیت:	نوع فعالیت:
	نشانی محل فعالیت:	
	شرح تفصیلی کار و روش اجرا:	
	ابزارهای مورد استفاده در انجام کار:	
	خطرات احتمالی:	
	آیا کار در ارتفاع هم صورت می گیرد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> حداکثر ارتفاع؟	
	آیا با خطر انفجار هم سروکار دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ناشی از چه چیزی؟	
	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
نگهبان - حراست: حد اقل	نفر و حداکثر	نفر . آیا مایل به ارسال اسامی آن ها می باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ساعات کاری
خدماتی - نظافتی: حد اقل	نفر و حداکثر	نفر . آیا مایل به ارسال اسامی آن ها می باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ساعات کاری
فنی - تولیدی (اصل فعالیت): حد اقل	نفر و حداکثر	نفر . آیا مایل به ارسال اسامی آن ها می باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ساعات کاری
سایر (با ذکر نوع فعالیت): حد اقل	نفر و حداکثر	نفر . آیا مایل به ارسال اسامی آن ها می باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ساعات کاری
نحوه استخدام کارکنان و کارگران: رسمی <input type="checkbox"/>	قراردادی <input type="checkbox"/>	روزمزد <input type="checkbox"/>
تعداد کل کارکنان و کارگران شاغل: رسمی	نفر ، قراردادی	نفر، روزمزد
آیا همه کارکنان و کارگران تحت پوشش بیمه سازمان تامین اجتماعی می باشند؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
تعداد شیفت های کاری:		
ساعات کاری هر شیفت: از.....تا.....از.....تا.....از.....تا.....تعداد کارکنان در هر شیفت:		

آیا در دو سال گذشته، حوادث منجر به فوت و نقص عضو و یا هزینه‌های 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 تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه‌های عادی:

حداکثر تعهد فوت برای هر نفر در ماه‌های حرام:

حداکثر هزینه‌های پزشکی ناشی از حوادث موضوع این بیمه برای هر نفر:

ب: در طی دوره:

حداکثر تعهد بیمه‌گر برای فوت و نقص عضو:

حداکثر تعهد بیمه‌گر برای هزینه پزشکی:

ریال.

ریال.

ریال.

ریال.

ریال.

• آیا بیمه‌گذار مایل به خرید پوشش‌های تکمیلی زیر می‌باشد؟

- بلی خیر ۱- دیه دوم برای کارکنان تا سقف ----- ریال .
- بلی خیر ۲- مأموریت‌های خارج از کارگاه کارکنان (با ارسال حکم مأموریت قبل از اعزام کارکنان)
- بلی خیر ۳- پوشش اماکن وابسته به کارگاه .
- بلی خیر ۴- پوشش ایاب و ذهاب کارکنان با وسایل معین .
- بلی خیر ۵- پوشش خسارات ناشی از وسایل نقلیه موتوری زمینی فاقد پلاک شهرداری برای کارکنان .
- بلی خیر ۶- پوشش مسئولیت پیمانکاران فرعی در قبال کارکنان خود و کارفرما .
- بلی خیر ۷- پوشش مسئولیت مهندس ناظر و مشاور و مجری در قبال کارکنان .
- بلی خیر ۸- پوشش پرداخت خسارت فوت و نقص عضو کارکنان بدون رای دادگاه .
- بلی خیر ۹- پوشش پرداخت هزینه‌های پزشکی کارکنان بدون اعمال تعرفه وزارت بهداشت و در حد متعارف (هم تراز) تا سقف تعهدات درخواستی.
- بلی خیر ۱۰- پوشش پرداخت مطالبات تبصره یک ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی تا سقف ----- ریال در طی دوره .
- بلی خیر ۱۱- پوشش جبران هزینه‌های پزشکی برای شخص کارفرما در داخل کارگاه.
- بلی خیر ۱۲- پوشش صدمات جسمانی وارد به اشخاص ثالث در داخل کارگاه چند نفر؟ () .
- بلی خیر ۱۳- پوشش ما به التفاوت افزایش دیات بیمه نامه تا یکسال از تاریخ انقضاء بیمه نامه .
- بلی خیر ۱۴- پوشش پرداخت غرامت دستمزد روزانه کارکنان .
- بلی خیر ۱۵- خسارت جانی وارد به کارکنان در محیط کار ناشی از حوادث غیر مرتبط با فعالیت اصلی بیمه شده صرفاً با ارائه رای دادگاه.
- بلی خیر ۱۶- پوشش افزایش بیست درصدی تعداد کارکنان (ویژه ی بیمه نامه های بی نام)
- بلی خیر ۱۷- پوشش اهمال غیر عمدی کارکنان بیمه گذار .
- بلی خیر ۱۸- پوشش مسئولیت کارفرما در قبال شخص مهندسان ناظر و مشاور و پیمانکاران طرف قرارداد با کارفرما در داخل محدوده تحت پوشش.
- بلی خیر ۱۹- پوشش مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان پیمانکار .
- بلی خیر ۲۰- پوشش مسئولیت پیمانکاران اصلی و فرعی در قبال اشخاص ثالث .

چنانچه علاوه بر موارد فوق، درخواست پوشش بیمه‌ای دیگری در زمینه بیمه‌های مسئولیت دارید مرقوم فرمایید؟

اینجانب تعهد می‌نمایم که به کلیه پرسش‌های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه‌نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان (غیر ساختمانی) می‌باشد در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع بیمه‌گر مطابق مقررات اقدام خواهد نمود.

تاریخ:

مهر یا امضای بیمه‌گذار: