

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی
کارفرما در قبال کارکنان و اشخاص ثالث (ساختمانی)شماره شناسایی سند: PI24F120
شماره بازنگری: 04

روز از ساعت مورخ تا ساعت مورخ صادر نماید.

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

بیمه گذار مشخصات بنا	نشانی محل اجرای کار:
	تعداد حداقل و حداکثر نیروی کار روزانه در محل اجرای پروژه: حداقل: نفر و حداکثر: نفر .
بیمه گذار مشخصات بنا	نوع وسایل ایمنی و حفاظتی کارکنان:
	در حال اجرای کدامیک از موارد می باشید؟ تخریب <input type="checkbox"/> گودبرداری <input type="checkbox"/> اجرای پی <input type="checkbox"/> سفتکاری <input type="checkbox"/> نازک کاری <input type="checkbox"/> نماکاری <input type="checkbox"/> سایر..... (چنانچه کار در مرحله نازک کاری، نماکاری و یا موضوع فعالیت تعمیر داخلی و یا هر فعالیتی غیر از تخریب، گودبرداری، اجرای پی و سفتکاری می باشد، نیازی به پاسخ دهی سایر پرسشهای این کادر نیست)
بیمه گذار مشخصات بنا	شماره پروانه ساخت: تاریخ صدور پروانه: / / کل مترائز 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 .
بیمه گذار مشخصات بنا	نوع کاربری ساختمان در دست ساخت: پلاک ثبتی ملک:
	نوع سازه در دست ساخت: بتنی <input type="checkbox"/> فلزی <input type="checkbox"/> سایر:
بیمه گذار مشخصات بنا	مترائز و تعداد طبقات ساختمان تخریبی: طول و عرض زمین: x.....
	نوع خاک: خاک رس، دستی، ماسه <input type="checkbox"/> صخره یا دج <input type="checkbox"/> خاک مخلوط <input type="checkbox"/> سایر:
بیمه گذار مشخصات بنا	چگونگی خاک برداری: دستی <input type="checkbox"/> ماشینی <input type="checkbox"/> عمق گودبرداری: متر .

محل انجام پروژه	همسایه	تعداد طبقات	زیر زمین	سال ساخت	نوع سازه	حیاط/خیابان/کوچه
مشخصات همسایگان	شمال					
	شرق					
	جنوب					
	غرب					

آیا حداقل در پنج سال گذشته حادثه‌ای که منجر به فوت و نقص عضو کارکنان و اشخاص ثالث و یا هزینه پزشکی آنها شده باشد، رخ داده است؟ خیر

تاریخ حادثه	نوع حادثه	مورد خسارت	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	مبلغ خسارت (ریال)
		کارکنان <input type="checkbox"/> اشخاص ثالث <input type="checkbox"/>			
		کارکنان <input type="checkbox"/> اشخاص ثالث <input type="checkbox"/>			
		کارکنان <input type="checkbox"/> اشخاص ثالث <input type="checkbox"/>			
		کارکنان <input type="checkbox"/> اشخاص ثالث <input type="checkbox"/>			
		کارکنان <input type="checkbox"/> اشخاص ثالث <input type="checkbox"/>			

مشخصات پروژه

ریال.	الف: در هر حادثه:
ریال.	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر:
ریال.	حداکثر تعهد فوت هر نفر در ماه‌های حرام:
	حداکثر هزینه‌های پزشکی برای هر نفر:
	ب: در طی دوره بیمه
ریال.	حداکثر تعهد بیمه گر برای فوت و نقص عضو:
ریال.	حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه‌های پزشکی:

	آیا بیمه گذار مایل به خرید پوشش‌های تکمیلی زیر می‌باشد ؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۱- پوشش دیه دوم برای کارکنان تا سقف ----- ریال .
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۲- پوشش مأموریت‌های خارج از کارگاه کارکنان (با ارسال حکم مأموریت قبل از اعزام کارکنان)
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۳- پوشش اماکن وابسته به کارگاه .
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۴- پوشش ایاب و ذهاب کارکنان با وسایل معین .
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۵- خسارات ناشی از وسایل نقلیه موتوری زمینی فاقد پلاک شهربانی برای کارکنان .
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۶- پوشش مسئولیت پیمانکاران فرعی در قبال کارکنان خود و کارفرما
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۷- پوشش مسئولیت مهندس ناظر و مشاور و مجری در قبال کارکنان .
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۸- پوشش پرداخت غرامت فوت و نقص عضو کارکنان بدون رای دادگاه .
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۹- پوشش پرداخت هزینه‌های پزشکی کارکنان بدون اعمال تعرفه وزارت بهداشت و در حد متعارف (هم تراز) تا سقف تعهدات درخواستی.
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۱۰- پوشش پرداخت مطالبات تبصره یک ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی تا سقف ریال در طی دوره .
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۱۱- پوشش جبران هزینه های پزشکی برای شخص کارفرما در داخل کارگاه.
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۱۲- پوشش صدمات جسمانی وارد به اشخاص ثالث (در صورت مثبت بودن پاسخ، کادر پایین را تکمیل فرمایید).
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۱۳- پوشش ما به التفاوت افزایش دیات بیمه نامه تا یکسال پس از انقضایبیمه نامه .
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۱۴- پوشش پرداخت غرامت دستمزد روزانه کارکنان
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۱۵- پوشش خسارت جانی وارد به کارکنان در محیط کار ناشی از حوادث غیر مرتبط با فعالیت اصلی بیمه شده فقط بر اساس رای دادگاه .
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۱۶- پوشش افزایش بیست درصدی تعداد کارکنان (ویژه ی نماکاری، نازک کاری و تعمیرات داخلی ساختمان)
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۱۷- پوشش اهمال غیر عمدی کارکنان بیمه گذار
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۱۸- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال شخص مهندسان ناظر و مشاور و پیمانکاران طرف قرارداد با بیمه گذار در داخل محدوده تحت پوشش.
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۱۹- پوشش مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان پیمانکار .
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۲۰- پوشش مسئولیت پیمانکاران اصلی و فرعی در قبال اشخاص ثالث .

ریال.	الف: در هر حادثه:
ریال.	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر :
ریال.	حداکثر تعهد فوت هر نفر در ماه‌های حرام:
ریال.	حداکثر هزینه‌های پزشکی برای هر نفر:
	حداکثر تعهد بیمه گر برای خسارت مالی:
	ب:در طی دوره:
ریال.	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو :
ریال.	حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه‌های پزشکی:
ریال.	حداکثر تعهد بیمه گر برای خسارت مالی:

اینجانب تعهد می‌نمایم که به کلیه پرسش‌های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان و اشخاص ثالث (ساختمانی) می باشد در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می‌تواند مطابق مقررات اقدام نماید.

مهر یا امضای بیمه گذار : تاریخ: