



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

شناسه مدرک: PI-4000-FR-111  
شماره بازنگری: 09

## فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار: ..... تاریخ تولد/ تاسیس: ..... نشانی: ..... تلفن ثابت: ..... تلفن همراه: ..... کد ملی/ شناسه ملی: ..... کد پستی: ..... نامبر: .....	کد نمایندگی/ کارگزار: ..... خانم/ آقای: ..... کارگزار: ..... واحد صدور: .....
مدت	از ساعت ۲۴ مورخ ..... تا ساعت ۲۴ مورخ ..... به مدت ..... روز/ سال.	
نشانی فعالیت محدود	نشانی محدوده مکانی فعالیت موضوع بیمه: .....	
مشخصات ساختمان	<b>در صورتی که موضوع فعالیت مورد بیمه "ساختمانی" باشد، موارد زیر تکمیل گردد:</b> شماره پروانه ساخت: ..... تاریخ صدور پروانه ساخت: / / ..... پلاک ثبتی: ..... تعداد بلوک: ..... تعداد طبقات (با احتساب هم کف و زیرزمین): ..... کل مترائز زیربنا درج شده در پروانه ساخت: ..... متر مربع. مترائز اضافه بنا: ..... مترمربع. پروژه در چه مرحله ای از ساخت می باشد؟ <input type="checkbox"/> تخریب <input type="checkbox"/> گودبرداری <input type="checkbox"/> اجرای پی <input type="checkbox"/> سفت کاری <input type="checkbox"/> نماکاری و نازک کاری <input type="checkbox"/> سایر موارد: ..... میزان درصد پیشرفت مرحله اجرای کار: ..... درصد ..... مترائز و تعداد طبقات ساختمان تخریبی: ..... طبقه ..... مترمربع. نوع سازه در حال ساخت: <input type="checkbox"/> بتنی <input type="checkbox"/> فلزی <input type="checkbox"/> سایر: ..... تعداد نیروی کار با احتساب کارکنان پیمانکار: حداقل ..... نفر و حداکثر ..... نفر نام و نوع فعالیت عوامل اجرایی (شامل پیمانکاران اصلی و فرعی): ..... ..... .....	
مشخصات نوع فعالیت و تعداد نیروی کار	<b>در صورتی که موضوع فعالیت مورد بیمه "صنعتی، تولیدی، خدماتی و عمرانی" باشد، موارد زیر تکمیل گردد:</b> موضوع فعالیت: ..... شرح و روش اجرای کار: ..... ابزارهای مورد استفاده در انجام کار: ..... چنانچه موضوع فعالیت مورد بیمه عمرانی باشد: موضوع قرارداد پیمان: ..... شماره قرارداد: ..... تاریخ قرارداد: / / ..... نام و نوع فعالیت عوامل اجرایی (شامل پیمانکاران اصلی و فرعی): ..... ..... تعداد کارکنان بیمه گذار با احتساب کارکنان عوامل اجرایی و شیفت کاری آنان به تفکیک موضوع فعالیت، به شرح زیر می باشد: * چنانچه انجام کار به صورت شیفتی باشد، می بایست مجموع نیروی کار در تمامی شیفت ها در قسمت تعداد نیروی کار درج گردد. کارکنان اداری/ دفتری: نیروی کار ثابت (دایمی): ..... نفر نیروی کار متغیر (موقت/ روزمزد): ..... حداقل ..... نفر حداکثر ..... نفر تعداد شیفت کاری: ..... کارکنان نگهبان/ حراست: نیروی کار ثابت (دایمی): ..... نفر نیروی کار متغیر (موقت/ روزمزد): ..... حداقل ..... نفر حداکثر ..... نفر تعداد شیفت کاری: ..... کارکنان خدماتی/ نظافتی: نیروی کار ثابت (دایمی): ..... نفر نیروی کار متغیر (موقت/ روزمزد): ..... حداقل ..... نفر حداکثر ..... نفر تعداد شیفت کاری: ..... کارکنان فنی/ تولیدی: نیروی کار ثابت (دایمی): ..... نفر نیروی کار متغیر (موقت/ روزمزد): ..... حداقل ..... نفر حداکثر ..... نفر تعداد شیفت کاری: ..... سایر (با ذکر نوع فعالیت): ..... نیروی کار متغیر (موقت/ روزمزد): ..... حداقل ..... نفر حداکثر ..... نفر تعداد شیفت کاری: ..... آیا مایل به اعلام اسامی کارکنان خود می باشید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر * چنانچه بیمه گذار لیست اسامی کارکنان خود را در زمان صدور بیمه نامه به بیمه گر ارائه نماید، حق بیمه با اعمال ۱۰٪ تخفیف محاسبه خواهد شد. آیا کارکنان تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی می باشند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	

آدرس: تهران، خیابان ولی عصر، بالاتر از بلوار میرداماد، خیابان قبادیان غربی، پلاک ۲۲، کد پستی: ۱۹۶۹۶۳۳۴۳۱ - مرکز ارتباطات ۸۲۵۹

www.parsianinsurance.ir



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

شناسه مدرک: PI-4000-FR-111  
شماره بازنگری: 09

## فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان

سوابق خسارت	شماره بیمه نامه سال قبل:				نام بیمه گر قبلی:			
	تعداد حوادث منجر به فوت و نقص عضو و یا هزینه های پزشکی در سه سال گذشته:							
	تاریخ حادثه	تعداد	نوع حادثه (فوت/ نقص عضو و ...)	مبلغ خسارت (ریال)	علت/ مقصر حادثه			
میزان تعهدات در خواستی	حداکثر تعهد بیمه گر جهت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی: .....							
	حداکثر تعهد بیمه گر جهت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام: .....							
	حداکثر تعهد بیمه گر جهت هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه: .....							
	حداکثر تعهد بیمه گر جهت فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: .....							
	حداکثر تعهد بیمه گر جهت هزینه پزشکی در طی دوره بیمه: .....							
فرانشیز	آیا مایل به حذف فرانشیز هزینه های پزشکی هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر							
پوشش های تکمیلی	چنان چه مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر می باشید، موارد را مشخص فرمایید:							
	<input type="checkbox"/> ۱. پوشش حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری							
	<input type="checkbox"/> ۲. پوشش جبران هزینه های پزشکی							
	<input type="checkbox"/> ۳. پوشش تبصره یک ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی							
	حداکثر تعهد بیمه گر برای هر نفر از مبلغ .....							
	<input type="checkbox"/> ۴. پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث							
	<input type="checkbox"/> ۵. پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه <input type="checkbox"/> یک بار <input type="checkbox"/> دوبار <input type="checkbox"/> سه بار							
	<input type="checkbox"/> ۶. پوشش تعدد دیات و دیات غیرمصری							
	حداکثر تعهد بیمه گر برای هر نفر از مبلغ .....							
	<input type="checkbox"/> ۷. پوشش ماموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان							
	<input type="checkbox"/> ۸. پوشش مسئولیت مجری ذی صلاح ساختمان (ویژه بیمه نامه های ساختمانی می باشد.)							
	<input type="checkbox"/> ۹. پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰٪ در زمان صدور بیمه نامه (ویژه بیمه نامه های بی نام در بیمه نامه های صنعتی، تولیدی، خدماتی و عمرانی می باشد.)							
	<input type="checkbox"/> ۱۰. پوشش غرامت دستمزد روزانه کارکنان برای هر نفر در هر روز، حداکثر مبلغ .....							
<input type="checkbox"/> ۱۱. پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی تا سقف مبلغ .....								
<input type="checkbox"/> ۱۲. پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان عوامل اجرایی (ویژه بیمه نامه های بی نام در بیمه نامه های صنعتی، تولیدی، خدماتی و عمرانی می باشد.)								
<input type="checkbox"/> ۱۳. پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال شخص عوامل اجرایی (ویژه بیمه نامه های بی نام در بیمه نامه های صنعتی، تولیدی، خدماتی و عمرانی می باشد.)								
تبصره: پوشش های تکمیلی ۱۲ و ۱۳ تنها جهت عوامل اجرایی که به صورت موقت (حداکثر ۲۴ ساعت) وارد محل مورد بیمه می شوند قابل ارایه می باشد.								
تایید بیمه گذار	اینجانب .....							
	درج شده در این پیشنهاد، بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان تنظیم گردیده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند مطابق مقررات رفتار نماید. از این رو، موافقت می گردد این پیشنهاد مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد.							
تایید نماینده	تاریخ تکمیل: / /							
	نام، امضاء و مهر بیمه گذار:							
تاریخ دریافت پیشنهاد: / /								
نام، امضاء و مهر نماینده:								

آدرس: تهران، خیابان ولی عصر، بالاتر از بلوار میرداماد، خیابان قبادیان غربی، پلاک ۲۲، کد پستی: ۱۹۶۹۶۳۳۴۳۱ - مرکز ارتباطات ۸۲۵۹

www.parsianinsurance.ir