



(سهامی عام)

## پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان (غیر ساختمانی)

شناسه: ۱۱۰

از شرکت بیمه پارسیان (سهامی عام)، درخواست می شود بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان را با توجه به اطلاعات مورد درخواست مندرج در این پیشنهاد، برای بیمه گذار با مشخصات زیر به مدت روز از ساعت مورخ تا ساعت مورخ صادر نماید.

مشخصات بیمه گذار

نام پیشنهاد دهنده:  
تاریخ تولد/تاسیس: روز ماه سال  
کد پستی:  
وضعیت حقوقی پیشنهاد دهنده: دولتی  خصوصی   
نشانی:

کد ملی/کد اقتصادی:

سال

تلفن/همراه:

خصوصی

دولتی

نماینده/کارگزار:

کد:

نوع فعالیت:

نشانی محل فعالیت:

شرح تفصیلی کار:

روش اجرا:

خطرات احتمالی:

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	نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آنها می باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ساعات کاری
نگهبان - حراست: حد اقل	نفر و حداکثر	نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آنها 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 آنها 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 آنها می باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ساعات کاری
سایر: حد اقل	نفر و حداکثر	نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آنها می باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ساعات کاری

نحوه استخدام کارکنان و کارگران: رسمی  قراردادی  روزمزد

تعداد کل کارکنان و کارگران شاغل: رسمی نفر، قراردادی نفر، روزمزد نفر.

آیا همه کارکنان و کارگران تحت پوشش بیمه سازمان تامین اجتماعی می باشند؟ بلی  خیر

آیا بیمه گذار مایل به پوشش کار در ایام تعطیل می باشد؟ بلی  خیر

تعداد شیفت های کاری:

ساعات کاری هر شیفت: از ..... تا ..... از ..... تا ..... از ..... تا ..... تعداد کارکنان در هر شیفت:

مشخصات کار و نیروی کار

در صورت مثبت بودن پاسخ ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر تاریخ مرقوم فرمایید :

تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	مبلغ خسارت (ریال)

**الف: در هر حادثه:**

حداکثر ديه فوت و جرح برای هر نفر :  
حداکثر ديه فوت هر نفر در ماه های حرام:  
حداکثر هزینه های پزشکی برای هر نفر :

**ب: در طی دوره:**

حداکثر تعهد بیمه گر برای فوت و جرح :  
حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه پزشکی:

ریال.  
ریال.  
ریال.

ریال.  
ریال.

• آیا بیمه گذار مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر می باشد ؟

- ۱- ديه دوم و بیشتر تا سقف  بلی  خیر
- ۲- محل اقامت و ماموریت های خارج از کارگاه (با ارسال حکم ماموریت قبل از اعزام) .  بلی  خیر
- ۳- اماکن وابسته به کارگاه مانند رستوران،مجموعه ورزشی،نمازخانه،خوابگاه و ....  بلی  خیر
- ۴- مسئولیت بیمه گذار جهت حوادث حین ایاب و ذهاب کارکنان (با اعلام مشخصات وسیله نقلیه) .  بلی  خیر
- ۵- خسارات ناشی از وسایل نقلیه موتوری .  بلی  خیر
- ۶- مسئولیت پیمانکاران فرعی .  بلی  خیر
- ۷- مسئولیت مهندس ناظر و مشاور و مجری در قبال کارکنان .  بلی  خیر
- ۸- پرداخت غرامت فوت و نقص عضو کارکنان بدون رای دادگاه .  بلی  خیر
- ۹- پرداخت هزینه های پزشکی کارکنان بدون اعمال تعرفه وزارت بهداشت .  بلی  خیر
- ۱۰- پرداخت مطالبات ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی تا سقف  بلی  خیر
- ۱۱- حوادث در محیط کار برای شخص بیمه گذار، کارفرما، پیمانکار، ناظر و مشاور .  بلی  خیر
- ۱۲- بیمه مسئولیت برای جبران صدمات جسمانی وارد به اشخاص ثالث ، چند نفر؟ ( فقط ویژه واحدهای تولیدی)  بلی  خیر
- ۱۳- ما به التفاوت افزایش دیات تا (یکسال  دو سال  سه سال  ) .  بلی  خیر
- ۱۴- پرداخت غرامت دستمزد روزانه کارکنان .  بلی  خیر
- ۱۵- خسارات ناشی از حوادث غیر مرتبط با فعالیت بیمه شده در محیط کار .  بلی  خیر
- ۱۶- عدم اعلام افزایش بیست درصدی تعداد کارکنان .  بلی  خیر

چنانچه علاوه بر موارد فوق، درخواست پوشش بیمه ای دیگری در زمینه بیمه های مسئولیت دارید مرقوم فرمایید؟