



**فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال
کارکنان پروژه های ساختمانی**

شماره سند: FM-LB-100/01
تاریخ:/...../..... ۱۴
پیوست:
صفحه: 1 از 3

پیشنهاد دهنده (بیمه گذار) محترم، نظر به اینکه مفاد بیمه نامه و تعهدات بیمه گر بر مبنای اطلاعات ارائه شده در این فرم می باشد، خواهشمند است نسبت به ارائه پاسخ صحیح و کامل به تمامی سئوالات، در نهایت حسن نیت اقدام فرمائید.

مشخصات پیشنهاد دهنده	نام پیشنهاد دهنده (حقیقی ☐ حقوقی ☐):	کد ملی/شناسه ملی:		
	تاریخ تولد/ثبت:	شماره شناسنامه/ثبت:		
	نشانی: استان:	شهر:		
	خیابان:	کوچه:		
پلاک/شماره:	تلفن ثابت (به همراه کد):	دورنگار:	تلفن همراه:	
در صورت داشتن شرکاء مشخصات ایشان را نیز اعلام نمائید. نام خانوادگی: کد ملی:				
مشخصات محل فعالیت	نشانی دقیق محل پروژه: استان:	شهر:	خیابان:	کوچه:
	پلاک/شماره:	کد پستی یا پلاک ثبتی:		
	شماره پروانه ساخت:	تاریخ صدور پروانه ساخت:	کل متراژ زیر بنا با احتساب اضافه بنا:	مترمربع:
	مساحت زمین:	نوع سازه در حال ساخت: ☐ بتون ☐ فلزی ☐ سایر:		
تعداد طبقات با احتساب پارکینگ و همکف:				
مرحله پیشرفت فیزیکی پروژه: ☐ تخریب ☐ گودبرداری ☐ فونداسیون ☐ نصب اسکلت ☐ سفت کاری ☐ نازک کاری ☐ نمakاری ☐				
لطفاً چنانچه دارای اماکن وابسته خارج از محدوده کارگاه مورد بیمه می باشید؛ مشخصات و نشانی آن را درج نمائید :				



فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان پروژه های ساختمانی

شماره سند: FM-LB-100/01
تاریخ:/...../..... ۱۴
پیوست:
صفحه: 2 از 3

آیا درخواست تحت پوشش قرارداد کارکنان پیمانکار در محل فعالیت را دارید؟ ☐ خیر ☐ بله

در صورتی که پاسخ مثبت می باشد اسامی پیمانکاران و مهندسان ناظر و تعداد کارکنان آنها (عوامل اجرایی) را در قسمت ذیل مشخص نمایید.

تذکر: بدیهی است در صورت عدم اعلام نام پیمانکاران و مهندسان ناظر و تعداد کارکنان آنها (عوامل اجرایی)، بیمه گر هیچگونه تعهدی در قبال پرداخت خسارت وارد به پیمانکاران و کارکنان وی نخواهد داشت.

ضریب نیروی کار (عوامل اجرایی):

کارکنان ثابت: نفر حداقل: نفر حداکثر: نفر تعداد شیفت:

در صورت فعالیت کارکنان در محل مورد بیمه بیش از یک شیفت کاری می باشد؛ نسبت به تکمیل جدول ذیل اقدام نمائید:

تعداد نیروی کار شاغل در شیفت اول:				ساعت شروع:		ساعت پایان:	
تعداد نیروی کار شاغل در شیفت دوم:				ساعت شروع:		ساعت پایان:	
تعداد نیروی کار شاغل در شیفت سوم:				ساعت شروع:		ساعت پایان:	
در صورت دارا بودن اطلاعات تفکیکی ضریب نیروی کار، آمار مربوطه را بشرح جدول ذیل ارائه فرمائید.							
نوع فعالیت نیروی کار		تعداد کارکنان بیمه گزار		کار در شب		تعطیلی کاری	
اداری-دفتری		ثابت حداقل نفر حداکثر نفر		بلی ☐ خیر ☐		بلی ☐ خیر ☐	
نگهبانی-حراست		ثابت حداقل نفر حداکثر نفر		بلی ☐ خیر ☐		بلی ☐ خیر ☐	
خدماتی - نظافتی		ثابت حداقل نفر حداکثر نفر		بلی ☐ خیر ☐		بلی ☐ خیر ☐	
تولیدی-فنی		ثابت حداقل نفر حداکثر نفر		بلی ☐ خیر ☐		بلی ☐ خیر ☐	
سایر (با ذکر نوع شغل)		ثابت حداقل نفر حداکثر نفر		بلی ☐ خیر ☐		بلی ☐ خیر ☐	
تعداد نیروی کار شاغل در شیفت اول:				ساعت شروع:		ساعت پایان:	
تعداد نیروی کار شاغل در شیفت دوم:				ساعت شروع:		ساعت پایان:	
تعداد نیروی کار شاغل در شیفت سوم:				ساعت شروع:		ساعت پایان:	
از تاریخ: تا تاریخ: به مدت: روز							

مشخصات نیروی کار بیمه گزار و عوامل اجرایی

مدت بیمه

سوابق بیمه ای

- آیا در سال قبل/سال های قبل، پوشش بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان واحدهای صنعتی، تولیدی، اداری و خدماتی را خریداری کرده اید؟
در صورت مثبت بودن پاسخ، نام شرکت بیمه گر قبلی، شماره بیمه نامه و و تاریخ شروع و انقضاء بیمه نامه را ذکر فرمائید.
- آیا در طول ۳ (سه) سال گذشته، حوادثی در ارتباط با موضوع این پیشنهاد در محل موردبیمه/محل فعالیت اتفاق افتاده است؟ بلی ☐ خیر ☐
در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً تعداد و مبلغ هر خسارت را به تفکیک بیان فرمائید.



**فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال
کارکنان پروژه های ساختمانی**

شماره سند: FM-LB-100/01
تاریخ:/...../..... ۱۴
پیوست:
صفحه: 3 از 3

ردیف	پوشش بیمه ای	سرمایه در خواستی (ریال)
۱	حداکثر غرامت فوت و نقص برای هر نفر در هر حادثه (ماه های عادی)	
۲	حداکثر غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه (ماه حرام)	
۳	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه نامه	
۴	حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	
۵	حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت اعتبار بیمه نامه	

تعهدات در خواستی

پوشش های اضافی در خواستی

- ۱- پوشش حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری ☐
- ۲- پوشش جبران هزینه های پزشکی ☐
- ۳- پوشش تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی برای هر نفر در هر حادثه حداکثر مبلغ ریال و حداکثر مبلغ ریال در طول مدت بیمه نامه
- ۴- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث ☐
- ۵- پوشش افزایش ریالی دیه: یکسال ☐ دو سال ☐ سه سال ☐
- ۶- پوشش تعدد دیات برای هر نفر در هر حادثه حداکثر مبلغ ریال و حداکثر مبلغ ریال در طول مدت بیمه نامه
- ۷- پوشش مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان (ارائه اسامی مأمورین و حکم مأموریت قبل از اعزام ضروری است) ☐
- ۸- پوشش مسئولیت مجری ذیصلاح ☐
- ۹- پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه نامه ☐
- ۱۰- پوشش غرامت دستمزد روزانه برای هر نفر در هر حادثه حداکثر مبلغ ریال و حداکثر مبلغ ریال در طول مدت بیمه نامه ☐
- ۱۱- پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی تا سقف ریال در طول مدت بیمه نامه ☐
- ۱۲- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان عوامل اجرایی ☐
- ۱۳- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال شخص عوامل اجرایی ☐
- تذکر: بیمه گذار (حقیقی) محترم لطفاً جهت پوشش بیمه ای خسارت جانی وارده به شخص خودتان؛ جهت خرید بیمه نامه حوادث اقدام نمائید.

تأییدیه پیشنهاد دهنده	شعبه / نماینده / کارگزار
صحت پاسخ های ارائه شده مورد تأیید است . در صورت صدور بیمه نامه و وجود اختلاف بین متن بیمه نامه و این پیشنهاد، بیمه نامه حاکمیت خواهد داشت . نام، مهر و امضاء پیشنهاد دهنده : تاریخ :	مهر و امضاء : تاریخ :