



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

شماره سند: FM-LB-101/01
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 سؤالات، در نهایت حسن نیت اقدام فرمائید.

مشخصات پیشنهاد دهنده

نام پیشنهاد دهنده (حقیقی ☐ حقوقی ☐):
تاریخ تولد/ثبت: / / شماره شناسنامه/ثبت:
نشانی: استان: شهر: خیابان:
کدپستی: تلفن ثابت (به همراه کد): دورنگار: کوچه: پلاک/شماره:
تلفن همراه: کدملی/شناسه ملی: کداقتصادی:

در صورت داشتن شرکاء مشخصات ایشان را نیز اعلام نمائید. نام و نام خانوادگی: کدملی:

پروژه عمرانی عبارت است از هرگونه عملیات اجرایی که برای آن نیاز به صدور پروانه توسط شهرداری نبوده و صرفاً اجرای آن تابع پیمان یا شرایط دیگری است.
موضوع پروژه/قرارداد:

شرح دقیق موضوع فعالیت/ پروژه به استناد قرارداد پیمان:

مشخصات محل فعالیت

محدوده مکان فعالیت به استناد قرارداد پیمان: استان: شهر: خیابان:
کوچه: پلاک/شماره: کدپستی یا پلاک ثبتی:

لیست اماکن وابسته خارج از کارگاه مورد بیمه :

درخواست صدور بیمه نامه به کدام صورت را دارید؟ بی نام ☐ بانام ☐
در صورتیکه درخواست صدور بیمه نامه به صورت بانام را دارید مشمول تخفیف خواهید شد؛ در این صورت مشخصات کارکنان (نام، نام خانوادگی و کد ملی) را در ذیل درج و یا با ارائه لیست/فایل اعلام فرمایید.



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

شماره سند: FM-LB-101/01
تاریخ:/...../..... ۱۴
پیوست:
صفحه: 2 از 3

مشخصات نیروی کار بیمه گذار و عوامل اجرایی

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

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 گذار	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

مدت بیمه

۱- 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.

۲- 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.

سوابق بیمه ای



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

شماره سند: FM-LB-101/01
تاریخ:/...../..... ۱۴
پیوست:
صفحه: 3 از 3

تفصیلات درخواستی	ردیف	پوشش بیمه ای	سرمایه درخواستی (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	

پوشش های اضافی درخواستی	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 اعتبار 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 محترم لطفاً جهت پوشش بیمه ای خسارت وارده به شخص خودتان؛ جهت خرید بیمه نامه حوادث اقدام نمایید.

تأییدیه پیشنهاد دهنده

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 :

شعبه / نماینده / کارگزار

مهر و امضاء :

تاریخ :