



**فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال
کارکنان واحدهای صنعتی؛ تولیدی و خدماتی**

شماره سند: FM-LB-102/01
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 میباشد، 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:	کد اقتصادی:			
مشخصات محل و موضوع فعالیت	نشانی: استان:	شهر:	خیابان:	کوچه:	پلاک/شماره:
	کدپستی:	تلفن ثابت (به همراه کد):	دورنگار:	تلفن همراه:	
	در صورت داشتن شرکاء مشخصات ایشان را نیز اعلام نمائید. نام و نام خانوادگی: کد ملی:				
	موضوع فعالیت: شرح دقیق فعالیت:				
	نشانی دقیق محل فعالیت: استان: شهر: خیابان: کوچه: پلاک/شماره:				
	کدپستی یا پلاک ثبتی:				
لطفاً چنانچه دارای اماکن وابسته خارج از محدوده کارگاه مورد بیمه می باشید؛ مشخصات و نشانی آن را درج نمائید:					
خطرات احتمالی موجود برای کارکنان حاضر در محل فعالیت:					
ابزارهای مورد استفاده در کار:					
آیا کار در ارتفاع نیز صورت می پذیرد؟ ☐ بلی ☐ خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، حداکثر ارتفاع؟					
آیا خطر انفجار هم وجود دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، توضیحات لازم را ارائه فرمائید؟					
آیا شرایط و آئین نامه های حفاظت فنی در مکان مورد بیمه رعایت می گردد؟ ☐ خیر ☐ توضیحات:					
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 درج و یا با ارائه لیست/فایل اعلام فرمایید.					



فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان واحدهای صنعتی؛ تولیدی و خدماتی

شماره سند: FM-LB-102/01
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؟ ☐ خیر ☐

در صورتی که پاسخ مثبت می باشد اسامی پیمانکاران و مهندسان ناظرو 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 واحدهای صنعتی؛ تولیدی و خدماتی**

شماره سند: FM-LB-102/01
تاریخ:/...../..... ۱۴
پیوست:
صفحه: 3 از 3

تفہدات در خواستی	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	

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- 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 آسیب بدنی وارد به شخص خودتان، جهت خرید بیمه نامه حوادث اقدام نمائید.	پوشش های اضافی در خواستی
---	--

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 / کار گزار

مهر و امضاء :

تاریخ :