



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

شماره سند: FM-LB-100/02
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:
مشخصات محل فعالیت	کد پستی:	تلفن ثابت (به همراه کد):
	تلفن همراه:	دورنگار:
	در صورت داشتن شرکاء مشخصات ایشان را نیز اعلام نمائید . نام خانوادگی:	کد ملی:
	نشانی دقیق محل پروژه: استان:	شهر:
مشخصات محل فعالیت	خیابان:	کوچه:
	پلاک/شماره:	کد پستی یا پلاک ثبتی:
	شماره پروانه ساخت:	تاریخ صدور پروانه ساخت:
	مساحت زمین:	کل متراژ زیر بنا با احتساب اضافه بنا :
مشخصات محل فعالیت	مترمربع:	نوع سازه در حال ساخت:
	تعداد طبقات با احتساب پارکینگ و همکف:	بتون ☐ فلزی ☐ سایر:
	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-100/02
تاریخ:/...../۱۴.....
پیوست:
صفحه: 2 از 3

مشخصات نیروی کار بیمه گذار و عوامل اجرایی

آیا درخواست تحت پوشش قراردادادن پیمانکاران (عوامل اجرایی) و کارکنان ایشان در محل فعالیت را دارید؟ (در صورت مثبت بودن پاسخ نسبت به انتخاب پوشش ۱۲ و ۱۳ اقدام نمائید) ☐ خیر ☐ بله

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

مدت بیمه

۱- آیا در سال قبل/سال های قبل، پوشش بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان پروژه های ساختمانی 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 ساختمانی**

شماره سند: FM-LB-100/02
تاریخ:/...../۱۴.....
پیوست:
صفحه: 3 از 3

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	

تعهدات درخواستی

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 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 :