

قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما براساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می شود لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی با مشخصات زیر صادر نمائید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

مشخصات بیمه گذار	نام متقاضی بیمه : کد اقتصادی: کد ملی / شناسه ملی: نام پدر: شماره ثبت / شماره شناسنامه: تاریخ تأسیس / تاریخ تولد: / / کد پستی: نشانی: پست الکترونیک: تلفن: دورنگار: تلفن همراه:																							
	روش پوشش بیمه ای: با نام (لطفأ لیست مشخصات کارکنان را ضمیمه فرمائید). بی نام ☐ تعداد شیفت کاری: ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐ ساعت کاری هر شیفت: تعداد کارکنان در هر شیفت: تعداد کارکنان (مجموع شیفت ها): شامل کارکنان ثابت و دائمی نفر و قراردادی و روز مزد حداقل نفر و حداکثر نفر (کارکنان ساده نفر و متخصص نفر) اداری - دفتری: ثابت: حداقل نفر و حداکثر نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آنها هستید؟ بلی ☐ خیر ☐ ساعات کاری نگهبان - حراست: ثابت: حداقل نفر و حداکثر نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آنها می باشید؟ بلی ☐ خیر ☐ ساعات کاری خدماتی - نظافتی: ثابت: حداقل نفر و حداکثر نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آنها می باشید؟ بلی ☐ خیر ☐ ساعات کاری فنی - تولیدی (اصل فعالیت): ثابت: حداقل نفر و حداکثر نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آنها می باشید؟ بلی ☐ خیر ☐ ساعات کاری تعداد کارکنان پیمانکاران (در صورت وجود): نوع فعالیت: نام محل فعالیت: نشانی محل فعالیت: شرح تفصیلی کار و روش اجرای آن: خطرات احتمالی: آیا کار در ارتفاع صورت می گیرد؟ آیا با خطر انفجار مواجه هستید؟ آیا همه کارکنان و کارگران تحت پوشش بیمه سازمان تأمین اجتماعی می باشند؟ بلی ☐ خیر ☐																							
سابقه بیمه ای	آیا قبلاً دارای بیمه نامه مسئولیت بوده اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت بیمه و شماره بیمه نامه را قید فرمایید. آیا در سه سال گذشته حادثه ای که منجر به فوت و نقص عضو کارکنان و یا هزینه پزشکی آنها شده باشد، رخ داده است؟ بلی ☐ خیر ☐ در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر تاریخ مرقوم فرمایید:																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>تاریخ حادثه</th> <th>نوع حادثه</th> <th>تعداد فوت</th> <th>تعداد نقص عضو</th> <th>تعداد هزینه پزشکی</th> <th>مبلغ خسارت (ریال)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)																	
تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)																			
فراشیز	آیا متقاضی، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ خیر ☐ بلی ☐ لطفأ در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه را ذکر فرمایید. درخواست اعمال فرانشیز هزینه پزشکی به میزان: پنج درصد ☐ ده درصد ☐ پانزده درصد ☐ بیست درصد ☐ بیست و پنج درصد ☐																							
	مدت بیمه : روز از تاریخ: / / تا تاریخ: / / ۱۳																							

حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی: ریال.

حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام: ریال.

حداکثر هزینه های پزشکی جهت هر نفر در هر حادثه: ریال.

حداکثر تعهد بیمه گر جهت فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: ریال.

حداکثر تعهد بیمه گر جهت هزینه های پزشکی در طی دوره بیمه: ریال.

آیا مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر هستید؟

بلی ☐ خیر ☐ مأموریت های خارج از کارگاه کارکنان (جهت کارکنان با نام، در غیر اینصورت ارسال حکم مأموریت ۲۴ ساعت قبل از اعزام کارکنان به مأموریت)

بلی ☐ خیر ☐ غرامت جانی وارد به کارکنان در خوابگاه، رستوران و سایر اماکن مرتبط با کارگاه.

بلی ☐ خیر ☐ خسارات ناشی از وسایل نقلیه موتوری زمینی برای کارکنان.

بلی ☐ خیر ☐ مسئولیت پیمانکاران اصلی و فرعی در قبال کارکنان.

بلی ☐ خیر ☐ مسئولیت مهندس ناظر و مشاور در قبال کارکنان.

بلی ☐ خیر ☐ پرداخت غرامت فوت و نقص عضو کارکنان بدون رأی دادگاه.

بلی ☐ خیر ☐ پرداخت هزینه های پزشکی کارکنان بدون اعمال تعرفه وزارت بهداشت و در حد متعارف تا سقف تعهدات درخواستی.

بلی ☐ خیر ☐ پرداخت مطالبات تبصره یک ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی در هر حادثه تا سقف ریال و ریال در طی دوره.

بلی ☐ خیر ☐ جبران خسارت ناشی از حوادث برای شخص بیمه گذار در داخل کارگاه.

بلی ☐ خیر ☐ جبران صدمات جسمانی وارد به اشخاص ثالث (صرفاً در فعالیت های صنعتی).

بلی ☐ خیر ☐ ما به التفاوت افزایش دیات تا یک سال آتی ☐ دو سال آتی ☐ سه سال آتی ☐

بلی ☐ خیر ☐ پرداخت غرامت دستمزد روزانه کارکنان ناشی از حوادث مورد بیمه.

بلی ☐ خیر ☐ غرامت جانی وارد به کارکنان در محیط کار ناشی از حوادث غیر مرتبط با فعالیت اصلی بیمه شده.

بلی ☐ خیر ☐ دیه دوم و بیشتر برای کارکنان در هر حادثه تا سقف ریال و ریال در طی دوره.

بلی ☐ خیر ☐ مسئولیت بیمه گذار در قبال شخص صاحبکار، پیمانکار، مهندسین مشاور، ناظر و مجری.

بلی ☐ خیر ☐ اهمال غیر عمدی کارکنان بیمه گذار.

بلی ☐ خیر ☐ پوشش بیمه ای ایاب و ذهاب کارکنان.

بلی ☐ خیر ☐ پوشش افزایش ۲۰ درصد پرسنل.

بلی ☐ خیر ☐ پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان پیمانکاران اصلی و فرعی.

ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر بر اساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد.

نام و امضاء متقاضی بیمه:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

تاریخ تکمیل: