



www.dana-insurance.com

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

کارفرما در قبال کارکنان

آدرس: تهران، خیابان گاندی

خیابان پانزدهم، پلاک ۲

تلفن: ۸۸۶۷۶۶۴۴

نمابر: ۸۸۶۷۶۶۵۰

نام کامل بیمه گذار (حقیقی / حقوقی):

نام کارگزار/ نماینده و کد:

نوع بیمه گذار: (دولتی خصوصی) شماره ملی / شناسه ملی: کد اقتصادی (شخص حقوقی) / تاریخ تولد (شخص حقیقی):

نشانی دقیق، کد پستی و تلفن بیمه گذار:

مشخصات سوابق خسارت در سه سال گذشته:

ردیف	سال حادثه	تعداد حادثه	نوع حادثه (هزینه پزشکی، فوت و نقص عضو)	علت	درصد تقصیر	میزان خسارت
۱						
۲						
۳						

شماره بیمه نامه سال قبل: نام بیمه گر قبل:

موضوع پروژه ساختمانی: تخریب و احداث بنا احداث بنا میزان پیشرفت کار: (مرحله اجرای کار)

شماره پروانه / مجوز ساخت: نشانی دقیق محل فعالیت:

نوع اسکلت: بتونی فلزی سایر: مساحت کل زیربنا: متر مربع تعداد طبقات: تعداد بلوک ها:

توجه: چنانچه مورد بیمه صرفا احداث سوله، تخریب، بازسازی ساختمان، نصب اسکلت فلزی و یا اجرای نما می باشد مشخصات مورد بیمه در بخش زیر (بخش خدماتی، بازرگانی و صنعتی) تکمیل گردد.

تعداد نیروی کار بیمه گذار و عوامل اجرایی بیمه گذار: حداقل نفر و حداکثر نفر (منظور از عوامل اجرایی بیمه گذار پیمانکاران اصلی و فرعی بیمه گذار می باشد)

موضوع فعالیت شغلی بیمه گذار:

تعداد کارکنان بیمه گذار: ثابت (دائمی) نفر / تعداد کارکنان متغیر (قراردادی، موقت، روزمزد) حداقل نفر و حداکثر نفر تعداد نوبت کاری (شیفت):

در صورتیکه متقاضی پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان عوامل اجرایی و یا مسئولیت عوامل اجرایی بیمه گذار در قبال کارکنان نیز می باشید، موارد زیر را تکمیل فرمائید:

تعداد کارکنان عوامل اجرایی بیمه گذار: ثابت (دائمی) نفر / تعداد کارکنان متغیر (قراردادی، موقت، روزمزد) حداقل نفر و حداکثر نفر

منظور از عوامل اجرایی بیمه گذار پیمانکاران اصلی و فرعی بیمه گذار می باشد.

توجه: چنانچه بیمه نامه به صورت با نام (شامل نیروهای بیمه گذار و عوامل اجرایی) صادر شود، مشمول ۱۰٪ تخفیف در محاسبه حق بیمه می گردد. بله خیر

نشانی دقیق محل فعالیت:

موضوع فعالیت: شماره و تاریخ پیمان (در صورت وجود) مدت و مبلغ پیمان

تعداد نیروی کار بیمه گذار و عوامل اجرایی بیمه گذار: ثابت (دائمی) حداکثر تعداد نیروی متغیر (قراردادی، موقت، روزمزد) نفر

منظور از عوامل اجرایی بیمه گذار پیمانکاران اصلی و فرعی بیمه گذار می باشد.

نشانی محل فعالیت:

آیا در موضوع فعالیت بیمه نامه از اتباع خارجی فاقد مجوز استفاده می شود؟ بله خیر

تعداد اتباع خارجی فاقد مجوز: نفر

در صورت مثبت بودن پاسخ، آیا تعداد فوق به تعداد نیروهای ثابت شاغل در محل فعالیت مورد بیمه اضافه شده است؟ بله خیر

مدت زمان بیمه: روز، از ساعت ۲۴ تاریخ تا ساعت ۲۴ تاریخ

حداکثر هزینه پزشکی (برای هر نفر در هر حادثه) ریال

حداکثر هزینه پزشکی (برای کلیه افراد تحت پوشش در طول مدت بیمه) ریال

حد اکثر غرامت فوت و نقص عضو در ماه های عادی (برای هر نفر در هر حادثه) ریال

حداکثر غرامت فوت ماه های حرام (برای هر نفر در هر حادثه) ریال

حداکثر غرامت فوت و نقص عضو (برای کلیه افراد تحت پوشش در طول مدت بیمه) ریال

آیا تمایل دارید موارد زیر در محل مورد بیمه به همراه این بیمه نامه تحت پوشش قرار گیرد:

- مسئولیت بیمه گذار در قبال شخص پیمانکاران اصلی و فرعی بله خیر
- مسئولیت بیمه گذار در قبال صاحبکار/ کارفرما / مجری ذیصلاح بله خیر
- مسئولیت بیمه گذار در قبال مهندسین ناظر/طراح/محاسب/مشاور بله خیر
- مسئولیت مهندسین ناظر/طراح/محاسب/مشاور در قبال کارکنان و مراجعین به محل مورد بیمه بله خیر
- خسارت وارده به شخص بیمه گذار بر اساس بیمه حوادث (با رعایت آیین نامه شماره ۸۴ شورای عالی بیمه) بله خیر

لطفا چنانچه تمایل دارید هر یک از پوشش های تکمیلی زیر، در بیمه نامه ای که صادر می گردد ارائه شود، در مقابل پوشش مربوط، علامت گذاری فرمایید.

	<p>۱- پوشش حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری: به موجب این پوشش، جبران خسارت های وارده به کارکنان ناشی از حوادث وسایل نقلیه موتوری زمینی که بر اساس رای مراجع ذیصلاح در شمول تعهدات موضوع قانون بیمه اجباری خسارات وارد شده به شخص ثالث در اثر حوادث ناشی از وسایل نقلیه و صندوق تامین خسارت های بدنی نباشد و مسئولیت بیمه گذار در بروز حادثه محرز شده باشد، متناسب با درصد مسئولیت وی، تحت پوشش می باشد.</p> <p>تبصره ۱- خسارت وارده به کارکنان در خارج از کارگاه در صورتی قابل پرداخت می باشد که علاوه بر احراز مسئولیت بیمه گذار، پوشش مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) قبل از بروز حادثه توسط بیمه گذار خریداری شده باشد.</p> <p>تبصره ۲- تعهد بیمه گر در خصوص کلیه کارکنان زیان دیده و کلیه حوادث احتمالی از حداکثر تعهد بیمه گر در طول مدت قرارداد مندرج در شرایط خصوصی تجاوز نخواهد کرد.</p>
	<p>۲- پوشش جبران هزینه های پزشکی: به موجب این پوشش، هزینه های پزشکی موضوع بیمه نامه در صورتیکه مشمول تعریف بند ۶ ماده ۲ شرایط عمومی پیوست بیمه نامه (آیین نامه شماره ۹۸ شورای عالی بیمه) نباشد (مطابق رای مراجع قضایی، بیمه گذار محکوم به پرداخت آن نشده باشد)، بر اساس صورتحساب های معتبر ارائه شده، تحت پوشش می باشد.</p> <p>تبصره- تعهد بیمه گر برای هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه و در طول مدت بیمه نامه از حدود تعیین شده در جدول تعهدات بیمه نامه تجاوز نخواهد کرد.</p>
	<p>۳- پوشش تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی: به موجب این پوشش، صرفاً پرداخت مستمری موضوع تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی که ناشی از حادثه منجر به فوت و یا از کارافتادگی کارکنان باشد، با پرداخت یکجای مطالبات وفق تبصره مذکور، تحت پوشش می باشد.</p> <p>حداکثر تعهد بیمه گر برای هر نفر از مبلغ ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه برای کلیه افراد از مبلغ ریال تجاوز نخواهد کرد.</p>
	<p>۴- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث: به موجب این پوشش، خسارت های موضوع بند ۶ ماده ۲ شرایط عمومی پیوست بیمه نامه (آیین نامه شماره ۹۸ شورای عالی بیمه) وارد به اشخاص ثالث در محل کارگاه (مکان فعالیت) تحت پوشش می باشد.</p> <p>تبصره ۱- اشخاص ثالث در این پوشش به افرادی اطلاق می شود که جزء کارکنان بیمه گذار و عوامل اجرایی وی و شخص عوامل اجرایی نباشند.</p> <p>تبصره ۲- حداکثر تعهد بیمه گر در هر حادثه و در طول مدت بیمه نامه از حدود تعیین شده در جدول تعهدات بیمه نامه تجاوز نخواهد کرد.</p>
	<p>۵- پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه: به موجب این پوشش، تعهدات مندرج در بیمه نامه به ازای هر زیان دیده در صورت افزایش دیه توسط قوه قضائیه از زمان شروع بیمه نامه و بنا به درخواست بیمه گذار یک / دو / سه بار افزایش می یابد، مشروط به آنکه ناشی از تاخیر در ارائه رأی مراجع قضایی توسط بیمه گذار یا زیان دیده نباشد. همچنین، حداکثر تعهد بیمه گر در خصوص کلیه حوادث احتمالی افزایش می یابد.</p> <p>متقاضی پوشش یک بار <input type="radio"/> دو بار <input type="radio"/> سه بار <input type="radio"/> افزایش دیات می باشم.</p>
	<p>۶- پوشش تعدد دیات و دیات غیرمصری: به موجب این پوشش، در صورتیکه در یک حادثه تحت پوشش، طبق رأی مراجع قضایی بیمه گذار به پرداخت بیش از یک دیه و یا دیات غیرمصری به هر یک از کارکنان محکوم گردد، بیمه گر مکلف به پرداخت خسارت حداکثر تا سقف تعهد پذیرفته شده بمیزان ریال می باشد.</p> <p>تبصره ۱- تعهد بیمه گر در خصوص کلیه کارکنان زیان دیده در هر حادثه و در طول مدت بیمه نامه از حدود تعیین شده در این بند تجاوز نخواهد کرد.</p> <p>تبصره ۲- در صورت خریداری پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه، تعهدات پوشش تعدد دیات و دیات غیرمصری به همان میزان افزایش خواهد یافت.</p>
	<p>۷- پوشش مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان: به موجب این پوشش، صدمات بدنی وارده به کارکنان، حین انجام مأموریت های خارج از کارگاه (مکان فعالیت)، بر اساس اعلام کتبی اسامی افراد توسط بیمه گذار تحت پوشش می باشد. در هر حال خسارت بدنی وارده به کارکنان ناشی از حوادث وسیله نقلیه موتوری زمینی استثناء می باشد، مگر آنکه پوشش مربوط، خریداری شده باشد که در این صورت شرایط پوشش مزبور حاکم خواهد بود.</p> <p>تبصره- تعهد بیمه گر در خصوص کلیه کارکنان زیان دیده در هر حادثه و در طول مدت بیمه نامه از حدود تعیین شده در جدول تعهدات بیمه نامه تجاوز نخواهد کرد.</p>
	<p>۸- پوشش مسئولیت مجری ذیصلاح ساختمان: به موجب این پوشش، مسئولیت مجری ذیصلاح ساختمان در قبال خسارت های موضوع بند ۶ ماده ۲ شرایط عمومی پیوست بیمه نامه (آیین نامه شماره ۹۸ شورای عالی بیمه)، وارد به کارکنان پروژه های ساختمانی تحت پوشش می باشد.</p> <p>تبصره ۱- منظور از مجری ذیصلاح ساختمان، فردی است که طبق آیین نامه اجرایی ماده ۲۳ قانون نظام مهندسی و کنترل ساختمان و اصلاحات بعدی آن، دارای پروانه اشتغال به کار از وزارت راه و شهرسازی باشد.</p> <p>تبصره ۲- تعهد بیمه گر در خصوص کلیه کارکنان زیان دیده در هر حادثه و در طول مدت بیمه نامه از حدود تعیین شده در جدول تعهدات بیمه نامه تجاوز نخواهد کرد.</p>
	<p>۹- پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه نامه: به موجب این پوشش، نوسان احتمالی تعداد کارکنان بیمه گذار در مکان فعالیت تحت پوشش حداکثر تا ۲۰ درصد نسبت به تعداد کارکنان اظهار شده توسط بیمه گذار مشروط به اظهار واقعی نیروی کار در زمان صدور بیمه نامه توسط بیمه گذار تحت پوشش می باشد.</p> <p>تبصره : در صورت افزایش تعداد کارکنان بیمه گذار در مدت اعتبار بیمه نامه فراتر از پوشش بیمه ای این کلوز، بیمه گذار می بایست نسبت به اعلام کتبی افزایش کارکنان به بیمه گر اقدام نماید. در غیر اینصورت و در صورت بروز حادثه، خسارت وارده نسبت به مازاد، مشمول قاعده نسبی حق بیمه خواهد بود.</p> <p>تبصره: تعهد بیمه گر در خصوص کلیه کارکنان زیان دیده و کلیه حوادث احتمالی از حداکثر تعهد بیمه گر در طول مدت قرارداد در شرایط خصوصی تجاوز نخواهد کرد.</p> <p>تبصره: برای پروژه های ساختمانی که منبای محاسبه حق بیمه، ضریب نیروی کار بر اساس مساحت زیربنا می باشد منظور از حداکثر ۲۰ درصد نوسان موضوع این کلوز افزایش زیربنا حداکثر تا ۲۰ درصد زیربنای اولیه (مطابق مساحت مندرج در پروانه/مدارک احداث اولیه) می باشد.</p>
	<p>۱۰- پوشش غرامت دستمزد روزانه: به موجب این پوشش، مسئولیت بیمه گذار در ارتباط با غرامت دستمزد روزانه کارکنان ناشی از حوادث تحت پوشش، مشروط به اینکه بیمه گذار به موجب تایید مراجع ذیصلاح، ملزم به پرداخت و جبران غرامت روزانه شده باشد، به ازای هر روز معادل دستمزد روزانه پرداختی به افراد زیان دیده، با رعایت شرایط ذیل تحت پوشش می باشد:</p> <p>۱- پرداخت غرامت دستمزد روزانه از روز چهارم وقوع حادثه شروع و حداکثر از مدت ۹۰ روز تجاوز نخواهد کرد.</p> <p>۲- مدت زمان استفاده از پوشش بیمه ای غرامت دستمزد روزانه، طبق نظر پزشک معتمد بیمه گر تعیین می گردد.</p> <p>۳- حداکثر تعهد بیمه گر بابت دستمزد روزانه هر نفر مبلغ ریال</p>
	<p>۱۱- پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی: به موجب این پوشش، در صورتیکه بیمه گذار برای اعتراض به نظر کارشناسی یا هیات کارشناسی حوادث به منظور تهرئه خود هزینه دستمزد کارشناسی پرداخت نماید، هزینه پرداختی وی مطابق تعرفه کانون کارشناسان رسمی دادگستری تحت پوشش می باشد.</p> <p>حداکثر تعهد بیمه گر در طول مدت قرارداد از مبلغ ریال تجاوز نخواهد کرد.</p>
	<p>- اینجانب تأیید می نمایم اطلاعات فوق، بر اساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه، ارائه شده و هیچ مطلبی که مؤثر در قبول و یا رد پیشنهاد یا افزایش و کاهش نرخ باشد را مکتوم نگذاشته ام و همچنین از عواقب کتمان حقایق و یا بیان مطالب خلاف واقع، اطلاع دارم و چنانچه در طول مدت بیمه، تغییراتی در مورد بیمه یا شرایط آن بوجود آید، بلافاصله مراتب را به شرکت سهامی بیمه دانا اعلام خواهم نمود.</p> <p>- تکمیل این فرم پیشنهاد به تنهایی و تا هنگامی که منجر به صدور بیمه نامه نگردیده باشد، هیچگونه حقی برای بیمه گذار و یا تعهدی برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.</p> <p>تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد نام و امضاء بیمه گذار</p>
	<p>تاییدیه واحد صدور(شعبه /نماینده): تاریخ دریافت فرم پیشنهاد</p> <p>امضاء و مهر واحد صدور</p>