



شرکت بیمه تعاون (تعاونی سهامی عام)

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان با مشخصات زیر صادر نمایید. ضمناً تعهد مینماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

نام بیمه گذار:	شماره اقتصادی / ملی:		
شماره ثبت:	تاریخ تاسیس / تولد:		
نشانی: استان	شهر	منطقه شهرداری	خیابان
پست الکترونیکی:	تلفن:	دورنگار:	تلفن همراه:
تعداد و نوع حوادث و مبالغ خسارت پرداختی در سه سال گذشته (به تفکیک):			
شماره بیمه نامه سال قبل:	تاریخ انقضاء: شرکت بیمه		
نشانی محل مورد بیمه: استان	شهر	منطقه شهرداری	خیابان
روش پوشش بیمه ای:	با نام (لطفاً لیست مشخصات کارکنان را ضمیمه فرمائید) <input type="checkbox"/> بی نام <input type="checkbox"/> تعداد شیفت کاری: ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/>		
تعداد کارکنان (مجموع شیفتها):	(شامل مجموع کارکنان ثابت و دائمی قراردادی و روز مزد) نیروی ثابت: نیروی متغیر: حداقل نفر و حداکثر نفر		
نوع فعالیت:			
پوششهای تکمیلی (اضافی) مورد درخواست			
۱- محل اقامت و مأموریتهای خارج از محل کارکنان <input type="checkbox"/>			
۲- اماکن وابسته به محل کارکنان مانند رستوران، حمام، سالن ورزشی و ... <input type="checkbox"/>			
۳- حوادث وسایل نقلیه موتوری داخل کارگاه <input type="checkbox"/>			
۴- مسئولیت پیمانکاران فرعی (برای فعالیتهای ساختمانی الزامی است) <input type="checkbox"/>			
۵- مسئولیت مهندسین ناظر و مشاور <input type="checkbox"/>			
۶- پرداخت خسارت بدون رای دادگاه <input type="checkbox"/>			
۷- جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه <input type="checkbox"/>			
۸- جبران مطالبات سازمانهای تأمین اجتماعی و خدمات در مانی برای هر نفر تا سقف ریال <input type="checkbox"/>			
۹- جبران خسارات بدنی شخص کارفرما و پیمانکار <input type="checkbox"/>			
۱۰- جبران خسارات جانی وارد به اشخاص ثالث (فقط فعالیتهای ساختمانی، عمرانی و صرفاً صنعتی) <input type="checkbox"/>			
۱۱- مابه التفاوت افزایش دیه برای: یک سال آتی <input type="checkbox"/> دو سال آتی <input type="checkbox"/> سه سال آتی <input type="checkbox"/>			
۱۲- پرداخت غرامت روزانه کارکنان ساده ریال و متخصص ریال <input type="checkbox"/>			
۱۳- حوادثی که ارتباطی با نوع فعالیت بیمه شده ندارد. <input type="checkbox"/>			
۱۴- اهمال غیر عمد			
۱۵-			
درخواست اعمال فرانشیز (برای کلیه تعهدات) به میزان: <input type="checkbox"/> پنج درصد <input type="checkbox"/> ده درصد <input type="checkbox"/> پانزده درصد <input type="checkbox"/> بیست درصد <input type="checkbox"/> بیست و پنج درصد <input type="checkbox"/>			
مدت بیمه:		از ساعت ۲۴ روز	
شرح تعهدات مورد تقاضا		از ساعت ۲۴ روز	
۱- هزینه پزشکی	ریال	حداکثر تعهدات مورد تقاضا برای هر نفر در هر حادثه	ریال
۲- غرامت فوت و نقص عضو در ماههای حرام	ریال	حداکثر تعهدات مورد تقاضا در مدت بیمه نامه	ریال
۳- غرامت فوت در ماههای غیر حرام	ریال		ریال
۴- دیه دوم و به بالا برای نقص عضو	ریال		ریال

ضمناً اعلام میدارد که اظهارات فوق الذکر براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت میشود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

نام و مهر و امضاء بیمه گذار:

نام و امضاء نماینده / کار گزار بیمه:

تاریخ تکمیل: