

• تهران، خیابان آیت اله طالقانی، بین خیابان استاد نجات  
الهی و سپهد قری، شماره ۳۱۰

• تلفن: ۸۷۰۷  
• کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

## پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی سازندگان ابنیه در مقابل کارکنان ساختمانی



از شرکت بیمه آسیا (سهامی عام) درخواست می گردد بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان را بر اساس مندرجات این پیشنهاد به مدت ..... روز  
از ساعت ۲۴ مورخ ..... تا ساعت ۲۴ مورخ ..... صادر نماید.

نام بیمه گذار: ..... تلفن / دورنگار: ..... شماره ملی: ..... تاریخ تولد: ..... / ..... / .....  
سابقه کار بیمه گذار: ..... نام مالک: ..... نام صاحب پروانه: .....  
نام کامل شرکاء: ..... کد اقتصادی: .....  
آدرس بیمه گذار: ..... کد پستی: .....  
نام کامل مجری طرح (پیمانکار اصلی): ..... نشانی الکترونیکی: .....  
شماره تلفن همراه: .....

مشخصات بیمه گذار

نام نمایندگی: ..... کد: ..... واحد صدور: .....  
نام کارگزاری: ..... کد: ..... واحد صدور: .....  
بیمه نامه تمدیدی است یا خیر؟ (نزد کدام شرکت): ..... شماره بیمه نامه سال قبل: .....

مشخصات واحد صدور

نشانی محل احداث بنا: ..... کد پستی: .....  
شماره پروانه ساخت: ..... تاریخ صدور: ..... کل متراف در پروانه ساخت: .....  
تعداد طبقات جمعاً با احتساب همکف ..... طبقه به اضافه ..... طبقه زیر زمین ..... تعداد بلوک در حال ساخت: .....  
نوع اسکلت: ..... فلزی ☐ بتنی ☐ درصد پیشرفت کار: .....  
موضوع پروژه ساختمانی: .....  
احداث بنا ☐ نصب اسکلت به تنهایی ☐ سفت کاری ☐ احداث سوله ☐  
تخریب و احداث بنا ☐ نازک کاری ☐ بازسازی و تعمیرات: اساسی ☐ جزئی ☐ متراف .....  
تخریب بنای قدیمی به تنهایی ☐ متراف ..... اجرای نمای ساختمان ☐ متراف .....  
سایر موارد: .....

مشخصات بنا

آیا تمایل به پوشش حفرچاه جذبی در ساختمان در دست ساخت دارید؟ ..... بلی ☐ خیر ☐  
آیا کارگران تحت پوشش بیمه سازمان تأمین اجتماعی و یا ..... می باشند؟ ..... بلی ☐ خیر ☐ چه تعداد تحت پوشش بیمه می باشند؟ ..... نفر  
آیا سابقه پوشش بیمه نامه مسئولیت مدنی سازندگان ابنیه و ... دارید؟ ..... بلی ☐ خیر ☐ کدام شرکت و چند سال: .....  
آیا دارای سابقه خسارت می باشید؟ ..... بلی ☐ خیر ☐ (در صورت مثبت بودن پرسش زیر را هم تکمیل نمایید)  
تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت، نقص عضو یا هزینه پزشکی گردیده است: .....  
فوت: ..... نفر طی ..... حادثه ..... نقص عضو: ..... نفر طی ..... حادثه ..... هزینه پزشکی: ..... نفر طی ..... حادثه  
آیا کارکنان دارای پوشش بیمه عمر و حادثه می باشند؟ ..... بلی ☐ خیر ☐ نام شرکت: .....  
تاریخ شروع: ..... تاریخ پایان: ..... سرمایه مورد تعهد بیمه نامه عمر و حادثه: .....

- ۱- غرامت فوت و صدمات جسمانی برای هر نفر در هر حادثه در ماه‌های عادی حداکثر: مبلغ .....ریال
- ۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه‌های حرام حداکثر: مبلغ .....ریال
- ۳- هزینه‌های پزشکی ناشی از حوادث موضوع این بیمه‌نامه برای هر نفر در هر حادثه حداکثر: مبلغ .....ریال
- ۴- حداکثر تعهد بیمه‌گر برای فوت و صدمات جسمانی طی مدت بیمه‌نامه: مبلغ .....ریال
- ۵- حداکثر تعهد بیمه‌گر برای هزینه‌های پزشکی طی مدت بیمه‌نامه: مبلغ .....ریال

(۱) پوشش حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری □

(۲) پوشش جبران هزینه‌های پزشکی □

(۳) الف- پوشش تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی (با سرمایه):

|                              |                              |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| □ ۱-۱/۱ ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال   | □ ۱-۱/۲ ۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال   | □ ۱-۱/۳ ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال   | □ ۱-۱/۴ ۲,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال   |
| □ ۱-۱/۵ ۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال   | □ ۱-۱/۶ ۳,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال   | □ ۱-۱/۷ ۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال   | □ ۱-۱/۸ ۴,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال   |
| □ ۱-۱/۹ ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال   | □ ۱-۱/۱۰ ۵,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال  | □ ۱-۱/۱۱ ۶,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال  | □ ۱-۱/۱۲ ۷,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال  |
| □ ۱-۱/۱۳ ۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال  | □ ۱-۱/۱۴ ۹,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال  | □ ۱-۱/۱۵ ۱۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال | □ ۱-۱/۱۵ ۱۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال |
| □ ۱-۱/۱۶ ۱۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال | □ ۱-۱/۱۷ ۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال | □ ۱-۱/۱۸ ۲۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال | □ ۱-۱/۱۹ ۳۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال |

ب- پوشش بیمه ای تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی در طول مدت بیمه نامه .....ریال، معادل .....برابر

(۴) پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث □

(۵) پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه: یک بار □ دو بار □ سه بار □

(۶) پوشش تعدد دیات و دیات غیرمصری □

(۷) پوشش مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان □ (لطفا مشخصات افراد مورد نظر را ذکر فرمائید)

| ردیف | نام و نام خانوادگی | نام پدر | کد ملی |
|------|--------------------|---------|--------|
| ۱    |                    |         |        |
| ۲    |                    |         |        |
| ردیف | نام و نام خانوادگی | نام پدر | کد ملی |
| ۳    |                    |         |        |
| ۴    |                    |         |        |

• خواهشمند است در صورتیکه نام مأمورین بیشتر از حد معمول جدول فوق می باشد طی برگه جداگانه، ضمیمه فرم پیشنهاد گردد.

(۸) پوشش مسئولیت مجری ذیصلاح ساختمان □

(۹) پوشش نوسان متراژ زیر بنا تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه نامه □

(۱۰) پوشش غرامت دستمزد روزانه □ .....ریال

(۱۱) پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی □ ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال □ ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال □ ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

اینجانب ..... تعهد می‌نمایم که به کلیه پرسش‌های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجاکه این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی سازندگان ابنیه در مقابل کارکنان ساختمانی می باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه‌نامه صادره، مسئول جبران خسارت خواهد بود.

نام / مهر و امضاء بیمه‌گذار:

مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری:

تاریخ تکمیل پیشنهاد:

تلفن تماس: