



مشخصات بیمه گذار

نام شرکت پیشنهاددهنده:

شماره ثبت:

کد اقتصادی:

شناسه ملی:

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

نمابر:

نشانی (دفتر مرکزی):

فعالیت های تولیدی - صنعتی - بازرگانی - فنی :

موضوع فعالیت : کلیه امور پیمانی شبکه و پست (انتقال و توزیع برق، احداث، توسعه، بهینه سازی، بهره داری، تعمیرات و نگهداری)

تعداد نیروی کار :

نحوه صدور بیمه نامه بصورت بی نام با نام در صورت با نام بودن ضروریست لیست اسامی کارکنان پیوست و تغییرات مربوطه در طول مدت اعتبار بیمه نامه به بیمه گر اعلام گردد.

تعداد نیروی کار بیمه گذار (ثابت و متغیر)

۱- تعداد کارکنان ثابت (تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی):

۲- تعداد کارکنان متغیر شامل موارد ذیل :

الف) (قراردادی، روزمزد، پیمانکار فرعی و تعداد نیروی کار پیمانکار فرعی که فاقد یا دارای بیمه تامین اجتماعی هستند): حداقل حداکثر

ب) **اتباع بیگانه:** حداقل حداکثر

(در صورت داشتن نیروی متغیر، تعداد حداقل صفر نیست و از ۵۰ درصد تعداد حداکثر نباید کمتر باشد)

جمع کل براساس اطلاعات فوق جهت محاسبه حق بیمه : تعداد کارکنان ثابت.....تعداد کل کارکنان متغیر: حداقل حداکثر

شرح وظایف نیروی کار ثابت و متغیر قراردادی و پیمانکاری به تفکیک تعداد اعلام شده :

نشانی محل فعالیت : کلیه مکان های که بیمه گذار و پیمانکاران فرعی او بر اساس مجوز شرکت توزیع برق یا قرارداد منعقد شده با کارفرما (شرکت توزیع برق یا کارفرمای اصلی دیگر) جهت انجام موضوع پیمان فی مابین فعالیت می کنند تحت پوشش می باشد.

مدت بیمه از ساعت ۲۴ روز الی ساعت ۲۴ روز ساعت کار و تعداد شیفت :

میزان تعهدات خسارت های فوت و نقص عضو و هزینه های پزشکی بیمه گر طبق درخواست بیمه گذار .

حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی.....

حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام

حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای کلیه کارگران در طول مدت بیمه

حداکثر پرداخت هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه ۲۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال (بعلاوه ۷۵۰ میلیون ریال هزینه پزشکی دوم به شرح توضیحات شرایط پوشش های تکمیلی طرح جامع)

حداکثر پرداخت هزینه های پزشکی برای کلیه کارگران در طول مدت بیمه

عنوان پوشش های بسته طرح جامع (تمام خطر خاص) - براساس توضیحات و شرایط ذکر شده در بیمه نامه صادره که باید مطالعه شود- در پیشنهاد فقط کلیات عنوان شده است

۱) حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری (۲) جبران هزینه های پزشکی (۳) تبصره ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی [چهارصد و نود میلیون تومان] (۴) مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث (۵) پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه (۶) تعدد دیات و دیات غیرمسری [یک میلیارد و نهصد و بیست میلیون تومان] (۷) مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان (۸) پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد (۹) غرامت دستمزد روزانه (۱۰) مسئولیت متقابل کارکنان نسبت به یکدیگر (۱۱) مسئولیت بیمه گذار در برابر پیمانکاران اصلی و فرعی (عوامل اجرایی) طرف قرارداد و مهندسین ناظر و مشاور، طراح، مجری (۱۲) مسئولیت بیمه گذار در برابر کارکنان پیمانکاران اصلی و فرعی طرف قرارداد و مهندسین ناظر و مشاور، طراح، مجری (۱۳) مسئولیت پیمانکاران (عوامل اجرایی) در برابر کارکنان خود (۱۴) مسئولیت پیمانکاران فرعی، مهندسین ناظر، مشاور، طراح در برابر کارکنان بیمه گذار (۱۵) مسئولیت مشترک بیمه گذار و کارفرمای اصلی در برابر کارکنان مصدوم (۱۶) مسئولیت کارفرما در برابر حوادث جانی به اتباع بیگانه (۱۷-۱۸-۱۹) پوشش های سه گانه طرح حامی شامل هزینه وکالت، دادرسی، کارشناس دادگستری (۲۰) خسارات وارد به پرسنل و نگهبان بیمه گذار در کلیه اماکن وابسته (۲۱) پوشش حوادث ناشی از ارجاع کار غیر مرتبط به صورت مقطعی و موقت (۲۲) پوشش حوادثی که ارتباطی با نوع فعالیت بیمه شده ندارند (۲۳) پوشش حمله حیوانات وحشی و گزنده (۲۴) پوشش جبران هزینه انتقال مصدوم (۲۵) پوشش جبران هزینه انتقال متوفی (۲۶) پوشش بیمه ای پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه (توافقی) (۲۷) در صورت پرداخت غرامت نقص عضو و دیه، بیمه گر مطابق شرایط و تعهدات بیمه نامه نسبت به جبران هزینه های پزشکی نیز اقدام می نماید. (۲۸) عدم اعمال درصد اهمال و قصور کارکنان شاغل در پروژه بابت پرداخت هزینه های پزشکی (۲۹) پرداخت هزینه های پزشکی هزینه شده توسط بیمه گذار در وجه بیمه گذار طبق شرایط (۳۰) عدم اعمال فرانشیز ماده ۱۰ موضوع ماده ۹۱ قانون کار (۳۱) محدوده زمانی ۲۴ ساعت شبانه روز و همه روزه، شامل ایام تعطیل می باشد (۳۲) رفع استثنای خاص طبق شرایط توصیفی (۳۳) پوشش خاص حوادث خارج کارگاه (۳۴) پوشش حوادث وسایل نقلیه داخل کارگاه (۳۵) جبران غرامت دیه شخص مدیرعامل در جایگاه کارکنان بیمه گذار حقوقی (۳۶) پوشش جبران فوت (حوادث انفرادی) بیمه گذار حقیقی یا اعضای هیئت مدیره (بیمه گذار حقوقی) (۳۷) پوشش حوادث ۲۴ ساعته شخص مدیرعامل یا بیمه گذار حقیقی منجر به فوت (خارج از محل کارگاه در هر مکانی و امور شخصی) (۳۸) پوشش امراض خاص مدیرعامل طبق توضیحات (۳۹) پوشش بدون نام (۴۰) هزینه پزشکی دوم - یعنی مجموع هزینه پزشکی پایه و هزینه پزشکی دوم طبق شرایط بیمه نامه تا سقف ۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال برای هر نفر (۴۱) پوشش خاص بعضی مواد قانون کار و ...

امضا و مهر نمایندگی بیمه

امضا و مهر بیمه گذار



پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان ویژه صنعت برق (طرح جامع)

توضیحات پیوست پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان

((ویژه پیمانکاران صنایع برق))

صدور بیمه نامه مسئولیت پیشنهاد حاضر براساس اطلاعات درج شده در پیشنهاد و توافق مکتوب حاضر اقدام میگردد.

*** محدوده زمانی: ۲۴ ساعت شبانه روز و ایام تعطیل و بدون قید فرانشیز**

*** محدوده مکانی: کلیه مکان هائی که بیمه گذار و پیمانکاران فرعی او براساس طرح ارائه شده از طرف کارفرما (شرکت توزیع نیروی برق یا کارفرمای اصلی دیگر) جهت انجام موضوع پیمان فی مابین فعالیت میکند.**

*** ضمناً جهت کلیه مکان هائی که از طرف کارفرما طرح و مجوزی برای ارجاع فعالیت وجود ندارد باید نام مکان بصورت مکتوب قبل از شروع عملیات کاری به بیمه گر فکس و یا ایمیل شود و تأییدیه آن الزاماً دریافت شود. (الحاقیه یا گواهی دریافت، مهمور به مهر و امضا بیمه گر)**

موضوع کاری شرح قید شده در شرایط خصوصی بیمه نامه:

کلیه امور پیمانی شبکه انتقال و توزیع نیروی برق (فشار ضعیف، قوی و متوسط گرم و سرد) در زمینه انتقال نیرو و برق رسانی، احداث و توسعه، بازسازی، بهینه سازی، بهره برداری (تعمیر و نگهداری) از قبیل کابل کشی زمینی، خطوط هوایی، تیر گذاری، روشنایی معابر، انشعابات مشترکین (قرائت کنتور، نصب و قطع انشعاب مشترکین)، شاخه زنی، لوله گذاری، کول گذاری، حفاری برای پایه های برق در محدوده مکانی پیمان و موضوع پیمان می باشد.

با توجه به اینکه صدور بیمه نامه براساس اصل حسن نیت طرفین اقدام گردیده است و بصورت بی نام و بدون محدودیت ذکر مکان در ابتدای اخذ بیمه نامه میباشد جهت اعلام خسارت و دریافت خسارت به شرح ذیل اقدام و موافقت میشود:

در صورت وقوع حوادث منجر به غرامت جانی در محل پروژه های پیمانی جهت کارکنانی که مشخصات آنها در زمان حادثه در لیست تأمین اجتماعی بیمه گذار یا پیمانکار فرعی وجود داشته باشد، خسارتهای وارده طبق شرایط بیمه نامه و احراز مسئولیت و تقصیر کارفرما در صورت رضایت طرفین به صورت توافقی پرداخت میشود و جهت کارکنان متفرقه روزمزد نیز با توجه به اینکه بیمه نامه به صورت بی نام میباشد و بدون قید محدوده مکانی خاص بوده و شامل کل مساحت کشور جمهوری اسلامی ایران میباشد به دو طریق قابل پرداخت میباشد (۱) با ارائه حکم دادگاه مبنی بر مسئولیت بیمه گذار (۲) در صورت تمایل به دریافت خسارت به صورت توافقی و خرید پوشش مربوطه جهت اثبات رابطه کاری، بیمه گذار موظف به ارائه ادله استخدای و یا اشتغال به فعالیت کاری تحت نظر خود و مورد قبول بیمه گر می باشد.

****** بدینوسیله اعلام می دارم که اظهارات مندرج در این پرسش نامه و پیشنهاد صحیح بوده و هیچ گونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است. لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه، فسخ و جزو لاینفک آن قرار گیرد و همچنین آگاهی دارم در صورت کتمان تعداد واقعی نیروی کار شرکت بیمه گر طبق شرایط عمومی بیمه نامه براساس قاعده نسبی پرداخت نمی کند و عدم وصول هرکدام از اقساط بیمه نامه تعهدات بیمه گر را به حالت تعلیق در می آورد و شرکت بیمه گر هیچ گونه تعهدی جهت جبران خسارت در زمان تعلیق نخواهد داشت و همچنین بیمه گر مجاز خواهد بود در صورت عدم پرداخت حق بیمه در سررسید اعلام شده بیمه نامه را با استناد به این پیشنهاد و اطلاعی که در این قسمت پیشنهاد به بیمه گذار داده است: بیمه نامه را بکطرفه فسخ و حق بیمه مربوطه تا زمان اعتبار بیمه نامه براساس تعرفه کوتاه مدت طبق شرایط بیمه نامه اخذ نماید. ذکر عنوان تمام خطر در بیمه نامه مسئولیت طرح جامع تمام خطر خاص شامل تمام خطراتی می شود که بیمه گر بر اساس تحقیق میدانی و تجربیات حاصله و بررسی ریسک های خطر شناسائی کرده است و با توجه به خسارت هایی که ممکن است برای بیمه گذار ایجاد شود در پوشش های ذکر شده توضیح داده است بنابراین تعهدات بیمه گر فقط در چارچوب تعهدات ذکر شده در این بیمه نامه و براساس شرایط خصوصی و عمومی بیمه نامه خواهد بود - **گواهی شناخت شرایط** پیوست این پیشنهاد نیز باید الزاماً به امضا بیمه گذار برسد تا از مهم ترین نکات و حقوق خود و تعهدات بیمه گر در هنگام خسارت مطلع شود و در خصوص مدیریت ریسک در طول مدت اعتبار بیمه نامه و هنگام بروز خسارت اطلاع داشته باشد.

ضمن اینکه اینجانب علیرغم بی نام بودن بیمه نامه تعداد ثابت و تعداد حداکثر و حداقل کارکنان خود را که جزو میانی محاسبه حق بیمه و ارزیابی ریسک خطر میباشد را صحیح اعلام کرده و در صورت هرگونه تغییر و افزایشی بلافاصله به بیمه گر اطلاع داده تا مابه التفاوت حق بیمه را پرداخت نماید؛ در غیر اینصورت آگاهی دارم که پرداخت خسارت اینجانب به علت تعارض با واقعیت طبق شرایط بیمه گر به مشکل برخورد خواهد کرد و قاعده نسبی اعمال خواهد شد.

اداره صدور شرکت بیمه، لطفاً براساس شرایط فوق که بنا به درخواست اینجانب میباشد نسبت به صدور بیمه نامه با در نظر گرفتن تخفیف های خاص اقدام فرماید.

گواهی می شود تعداد کارکنان اینجانب (با احتساب پرسنل رسمی و قراردادی و پیمانکاران فرعی و کارکنان پیمانکاران فرعی) به شرح ذیل میباشد و در صورت افزایش کارکنان و تغییر ریسک به بیمه گر اطلاع و حق بیمه تغییرات پرداخت می گردد تا دچار قاعده نسبی یا چالش عدم پرداخت قسمتی از خسارت نگردم.

مهر و امضای بیمه گذار

توضیحات خاص: بیمه گذار دارای سال سابقه عدم خسارت بوده و تا تاریخ طی بیمه نامه شماره
از طریق شرکت تحت پوشش بوده است. کد رایانه بیمه نامه:
کارشناس محترم صدور، لطفاً تقاضای فوق را عطف به کد استعلام ذکر شده با در نظر گرفتن تخفیف طرح جامع (تمام خطر خاص) و مجوز با حق بیمه کل ریال بر اساس پیشنهاد فوق صادر شود.
درصد به صورت نقد به مبلغ ریال و الباقی طی قسط به صورت
.....

گواهی شناخت مزایا و شرایط بیمه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان (پیمانکاران برق) اخذ گواهی شناخت شرایط به همراه پیشنهاد الزامی می باشد

متقاضی محترم با توجه به درخواست شما بیمه نامه مسئولیت جنابعالی با توجه به مشخصات ذیل صادر می گردد

کلیه امتیازات بیمه مسئولیت شما طبق پوشش های اصلی و تکمیلی قید شده در پیشنهاد پیوست می باشد که در متن سند بیمه نامه شما به وضوح قید میشود

نکات مهم

1) بیمه مسئولیت دفترچه بیمه درمانی نیست / بیمه مسئولیت بیمه عمر و حوادث ۲۴ ساعته انفرادی و یا خانواده نیست / بیمه مسئولیت همانند بیمه شخص ثالث خودرو که مسئولیت شما را در هنگام حوادث رانندگی تامین میکند، مسئولیت شما را در هنگام حوادث شغلی در محیط کارگاه و یا مکانهای وابسته در صورت اینکه مقصر باشید و توسط مراجع ذیصلاح احراز شود؛ تحت پوشش قرار داده و نسبت به جبران خسارت تا سقف تعهدات و طبق شرایط بیمه نامه اقدام می کند لذا به دو موضوع مهم ذیل توجه کنید
(۱) نباید این بیمه را با دفترچه درمان اشتباه گرفته و توقع داشت مثل دفترچه درمان از آن استفاده شود، بلکه مربوط به حوادث کاری میباشد که از لحاظ قانونی کارفرما، مسبب آن می باشد (۲) نباید به جهت حمایت از کارگر کم در آمد با بودجه بیمه گر کار خیر و صالح انجام داد و یا با کارگر تبانی نمود تا خسارت دریافت نمود که علاوه بر مدیونی باعث تبعات احتمالی در آینده برای شما خواهد شد.

این بیمه حامی امنیت شغلی شماست و وظیفه بیمه این است که در صورت بروز حوادث فوت و نقض عضو و غرامتهای جانی ابتدا با راهنمایی های حقوقی یا در صورت لزوم دفاع توسط وکیل از امنیت شغلی شما دفاع کند و در صورتی که نتوانست عدم تقصیر شما را ثابت کند؛ نسبت به جبران خسارت صدمات بدنی و خسارت های جانی ایجاد شده که بر علیه شما ادعا و منجر به جبران هستید طبق شرایط بیمه نامه و سقف تعهدات آن اقدام کند. جبران خسارت صدمات جانی با توجه به شرایط بیمه نامه به صورت توافقی با رضایت کارگر و کارفرما نیز میسر می باشد تا بدون مراجعه به دادگاه به صورت توافقی با نظر پزشک قانونی و کارشناس رسمی دادگستری پیگیری و بررسی و انجام شود.

2) در پرداخت حق بیمه خود همکاری کنید تا به علت عدم پرداخت حق بیمه تعهدات بیمه گر دچار تعلیق نشده و در هنگام پرداخت خسارت طبق شرایط بیمه گر پوشش بیمه نامه شما قطع نگردد. در صورت عدم پرداخت حق بیمه در سررسید اقساط تعیین شده و عدم وصول چکهای شما بیمه نامه تعلیق میگردد و تعهدات بیمه گر طبق شرایط بیمه نامه انجام نخواهد شد

3) در صورت بروز هرگونه حادثه و ایجاد خسارت جانی و... مراتب را به نماینده صادر کننده بیمه نامه به صورت شفاهی و پیامکی اطلاع داده و سریعاً حداکثر طی ۴۸ ساعت به صورت کتبی به بیمه گر اطلاع دهید و رسید یا مدرک این اطلاع را دریافت کنید تا پرونده خسارت شما مفتوح و قابلیت پیگیری داشته باشد.

4) ملاک پرداخت حق بیمه شما دریافت رسید مالی می باشد در صورت پرداخت هر گونه وجهی منطبق بر مبلغ و سررسید ذکر شده در بیمه نامه باید رسید سیستمی بیمه گر را تحویل بگیرید و هر گونه توافق یا وعده بدون دریافت رسید پرداخت فاقد اعتبار می باشد.

5) در صورتی که بیمه نامه مسئولیت شما براساس امضا پیشنهاد اولیه جنابعالی صادر شود ولی شما در جایگاه بیمه گذار از پرداخت حق بیمه در سررسید اعلام شده در بیمه نامه خودداری کنید طبق جدول شرایط عمومی بیمه نامه (مصوب شورای عالی بیمه) و براساس گواهی حاضر که به اطلاع و امضا شما رسیده است با تعرفه کوتاه مدت بیمه نامه شما بلافاصله ابطال و شما موظف هستید هزینه مربوطه را پرداخت کنید و اداره حقوقی شرکت بیمه گر طبق شرایط بیمه نامه نسبت به وصول آن اقدام میکند.

6) گواهی تعداد نیروی کار طبق اظهارات بیمه گذار متقاضی به شرح ذیل می باشد (در صورت بی نام بودن در صورت اعلام آمار غیر واقعی در زمان خسارت طبق شرایط بیمه نامه و یا قاعده نسبی اعمال خواهد شد لذا در صورت تغییر نیروی کار سریعاً ایمیل و یا مکاتبه شود و الزاماً الحاقیه بلافاصله دریافت و حق بیمه مربوطه قبل از حادثه پرداخت شود

تعداد نیروی کار بیمه گذار (ثابت و متغیر) در صورت داشتن نیروی متغیر، تعداد حداقل صفر نیست و از ۵۰ درصد تعداد حداکثر نباید کمتر باشد

۱- تعداد کارکنان ثابت (تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی).....

۲- تعداد کارکنان متغیر شامل موارد ذیل:

الف) (قراردادی، روزمزد، پیمانکار فرعی و تعداد نیروی کار پیمانکار فرعی که فاقد یا دارای بیمه تامین اجتماعی هستند): حداقل..... حداکثر.....
ب) (اتباع بیگانه): حداقل..... حداکثر.....
جمع حداقل حداکثر.....

جمع کل براساس اطلاعات فوق جهت محاسبه حق بیمه: تعداد کارکنان ثابت..... تعداد کل کارکنان متغیر: حداقل..... حداکثر.....

شرح وظایف نیروی کار ثابت و متغیر قراردادی و پیمانکاری به تفکیک تعداد اعلام شده:

۷- صدمات جسمانی که منشا آنها به علت استهلاک عضو مورد صدمه مشخص نیست (دیسک کمر، پارگی رباط صلیبی، آسیب به تاندون ها، فتق شکمی) با حکم دادگاه و نظر پزشک قانونی قابل پرداخت می باشد؛ مشروط بر آنکه موضوع حادثه به اطلاع بیمه گر رسانیده شود و بیمه گر در جریان دادگاه قرار بگیرد و بیمه گذار نباید تحت هیچ شرایطی قبول تقصیر کرده مگر اینکه طبق نظر پزشک قانونی و کارشناس دادگستری مقصر تشخیص داده شود.

۸- در صورت دریافت هرگونه ابلاغیه از دادگاه و اعلام حکم از سوی مراجع قضایی بلافاصله شرکت بیمه را در جریان قرار دهید (حداکثر ۵ روز در اسفند ماه و ۲۰ روز در سایر ماه ها) تا قبل از اتمام زمان اعتراض و تجدید نظر شرکت بیمه در صورت صلاحدید اقدام کند یا به علت تأخیر منجر به افزایش دیه ناشی از یوم الادا نشود و در صورت عدم اطلاع و عدم تحویل به موقع حکم دادگاه تبعات هرگونه افزایش دیه برعهده خود بیمه گذار می باشد و همچنین علیرغم اینکه حس دلسوزی بیمه گذار قابل احترام است؛ ولی تحت هیچ شرایطی جهت حمایت از کارگر با تکیه بر سرمایه بیمه گر قبول تقصیر نکرده و در برگیره بازجویی و در دادسرا اعلام نشود؛ چون بیمه دارم ۱۰۰ درصد خودم مقصر می باشم؛ مصدوم برود و از بیمه گر بگیرد؛ زیرا شرکت بیمه گر یک شرکت بازرگانی بوده و مدیریت مناقع همه ذینفعان (مصدوم و بیمه گذار و سهامداران و...) را برعهده دارد و قبول تقصیر به علت داشتن بیمه بدون دفاع قانونی مانند تبانی کردن مغایر وظایف بیمه گذار است.

شرایط پوشش های تکمیلی حتماً مطالعه شده و در صورت ابهام در هنگام دریافت بیمه نامه دوباره از کارشناس مربوطه سؤال شود تا با آگاهی کامل بیمه خود را دریافت کنید

اینجانب (بیمه گذار) موارد فوق را مطالعه و رویت کرده و با آگاهی کامل نسبت به اخذ بیمه نامه اقدام کرده ام و روش پرداخت حق بیمه به شرح ذیل می باشد و موارد قید شده در بند ۵ مورد تأیید می باشد (مبلغ و تاریخ تاریخ اقساط به وضوح ذکر شود)