



فرم استعلام بهاء کالا/خدمات

بازبینی : ۰

کد فرم

F ۰ ۳ ۲

شماره: ۱۶۴۷۵

تاریخ: ۱۴۰۵/۰۲/۲۸

موضوع: استعلام بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرمایان در قبال کارکنان

نظر به اینکه این شرکت در نظر دارد نسبت به صدور بیمه نامه مسئولیت مدنی در قبال کارکنان پایگاه ماشین آلات خود واقع در اصفهان، اتوبان ذوب آهن، شرکت ذوب آهن اصفهان، اقدام نماید خواهشمند است با توجه به اطلاعات مندرج در ذیل این نامه (پیوست شماره ۱) پیشنهاد کتبی خود همراه با پیش نویس قرارداد را حداکثر تا آخر وقت اداری روز شنبه مورخ ۱۴۰۵/۰۳/۰۹ به آدرس این شرکت واقع در اصفهان بلوار ملت جنب مجتمع تجاری بلوار ساختمان ۱۶۸ طبقه دوم، معاونت بازرگانی تحویل و رسید آن را دریافت نمائید بدیهی است به پیشنهاداتی که بعد از زمان اعلام شده ارسال گردد ترتیب اثر داده نخواهد شد. آدرس اینترنتی: info@pmzaco.com

پیوست شماره ۱: استعلام بیمه مسئولیت کارفرمایان صنعتی در قبال کارکنان پایگاه ماشین آلات شرکت پویش معادن ذوب آهن ۱۴۰۵

۱- نوع فعالیت: کارکنان تعمیرگاهی و کارگاهی

۲- تعداد کارکنان: جمعاً ۴۶۷ نفر

ردیف	شغل و سمت	تعداد
1	آپراتچی	۲
2	اپراتور گانتینگ	۲
3	انتباردار	۵
4	آهنگر و زیر و بند ساز	۶
5	باطریساز	۸
6	برقکار صنعتی	۲
7	تراشکار	۳
8	تعمیرکار مکانیک	۲۳
9	تعمیرکار هیدرولیک	۹
10	تعمیرکار پنوماتیک	۳
11	تکنسین تعمیرات	۵
12	تکنسین مکانیک	۱
13	تکنسین مکانیک خودرو	۱
14	تکنسین تعمیرگاه ماشین آلات	۱
15	چکشاز	۱
16	جوشکار	۱
17	جوشکار و برشکار	۵
18	دیسپاچر خودروهای سنگین	۱
19	دیسپاچر راهبری ماشین آلات	۲
20	رادیاتور ساز	۳
21	راننده بلدوزر	۵
22	راننده بیل مکانیکی	۳۲
23	راننده پایه یک	۲۱۲
24	راننده تلسکوپ	۲
25	راننده جرثقیل	۷
26	راننده جرثقیل سبک	۱
27	راننده جرثقیل سنگین	۱
28	راننده گریدر	۲
29	راننده لودر	۱۹
30	راننده لیفتراک	۲۸
31	سرپرست دفتر فنی	۱
32	سرپرست ماشین آلات و خودروها	۱
33	سرویسکار	۶
34	صافکار	۲
35	فابریگلاس کار	۱
36	کاردان اداری	۱
37	کارشناس ایمنی	۱
38	کارشناس منابع انسانی	۱
39	کارگر انبار	۲
40	کارگر خدمات خودرو	۱
41	کمک راننده	۱
42	کمک راننده جرثقیل	۶
43	کار پرداز	۱
44	کاردان بازرگانی	۲
45	کارشناس	۱
46	کارشناس بازرگانی	۱
47	کارشناس بهداشت حرفه ای	۱
48	کارشناس دفتر فنی و مهندسی	۳
49	کارگر انبار	۲
50	کارگر کارواش خودروهای سنگین	۲
51	کارگر نظافت صنعتی	۵
52	کارمند اداری	۳
53	کارمند بازرگانی	۱
54	کارمند پذیرش	۱
55	کارمند صورت وضعیت	۴
56	کمک برقکار	۱
57	کمک راننده	۴
58	کمک مکانیک	۱
59	متصدی دستگاه مکنده صنعتی	۲
60	مسئول دفتر	۱
61	مونتاز کار جرثقیل	۱
62	نچار	۱
63	نقاش اتومبیل	۲
جمع کل		۴۶۷

مهر و امضاء:

تاریخ:



فرم استعلام بهاء کالا/خدمات

بازبینی : ۰

کد فرم

F ۰ ۳ ۲

۳- سقف تعهدات : ۵ برابر

۴- غرامت فوت و نقص عضو در ماه های عادی برای هر نفر در هر حادثه بر اساس ديه روز: ۲۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

- غرامت فوت و نقص عضو در ماه های حرام برای هر نفر در هر حادثه بر اساس ديه روز: ۲۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

۵- حداکثر تعهد بیمه گر در طول دوره بیمه نامه ۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰

۶- هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه تا سقف: ۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

۷- حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه های پزشکی طی مدت بیمه نامه: ۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

پوشش ها شامل:

۱- پوشش مطالبات سازمان تأمین اجتماعی موضوع ماده ۶۶ با سرمایه: ۱۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال در هر حادثه

۲. پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان پیمانکار

۳. پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه

۴. پوشش مسئولیت کارفرما در قبال شخص پیمانکار

۵. پوشش بیمه برای مأموریت خارج از کارگاه

۶. پوشش اشخاص ثالث تا سقف ۴ تعهد ديه

۷. پوشش تعدد دیات و دیات غیر مسری تا سقف ۴ ديه

۸- پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه نامه

۹- پوشش بیمه ای افزایش ریالی ديه (سه بار)

۱۰- پوشش سرویس ایاب وذهاب کارکنان

۱۱- پوشش غرامت روزانه برای هر نفر در هر روز ۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال

۱۲- پوشش حوادث وسایل نقلیه موتوری داخل و خارج کارگاه

۱۳- پوشش دستمزد کارشناس رسمی دادگستری با هزینه مبلغ ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

۱۴- مسئولیت متقابل کارکنان نسبت به یکدیگر

۱۵- مسئولیت مشترک بیمه گذار (کارفرما) در قبال کارکنان پیمانکاران طرف قرارداد

۱۶- پوشش کار موقت در ارتفاع (ارتفاع ۳ متر)

۱۷- پوشش حوادث ناشی از کار غیر مرتبط (به صورت ارجاع مقطعی و موقت)

مهر و امضاء:

تاریخ:



فرم استعلام بهاء کالا/خدمات

بازبینی : ۰

کد فرم

F ۰ ۳ ۲

۱۸- پوشش پرداخت خسارت بدون رای دادگاه (توافقی)

۱۹- پوشش عدم اعمال فرانشیز ماده ۱۰ موضوع ماده ۹۱ قانون کار

۲۰- جبران غرامت ديه شخص مدير عامل در جايگاه بيمه گذار حقوقی

۲۱- پوشش جبران فوت (حوادث انفرادی) بيمه گذار حقیقی یا اعضای هیئت مدیره (بیمه گذار حقوقی)

** فرانشیز صفر در نظر گرفته شود **

تلفن پاسخگویی به سوالات : ۰۹۱۰۸۱۰۴۳۹۹

شماره اقتصادی / کد ملی:	نام فروشنده کالا/ارائه دهنده خدمت:
نشانی و شماره تماس:	

مشخصات مالی:

ردیف	شرح	قیمت کل (ریال)
۱	بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرمایان در قبال کارکنان	

توضیحات:

مهر و امضاء:

تاریخ: