

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)

شخص حقیقی	شخص حقوقی
نام و نام خانوادگی: .....	نام (مؤسسه، شرکت، سازمان): .....
تاریخ تولد: ۱۳ / / .....	دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> تعاونی <input type="checkbox"/>
شماره ملی (الزامی است): .....	تاریخ تأسیس: ۱۳ / / .....
تلفن همراه: .....	شماره ثبت: .....
سابقه کار در حرفه‌ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید: .....	شناسه ملی / کد اقتصادی (الزامی است): .....

نشانی متقاضی (بیمه گذار): .....

تلفن: ..... شماره: .....

آیا تا کنون بیمه‌نامه مسئولیت برای پروژه‌ای خریداری نموده‌اید؟ بلی  خیر   
در صورتیکه پاسخ مثبت است نام پروژه و شرکت بیمه صادر کننده آن را بنویسید:

آیا در زمان اجرای پروژه‌های گذشته خسارتی به کارکنان شما وارد شده است؟ بلی  خیر   
در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید.

مشخصات عمومی مورد بیمه

موضوع فعالیت: .....

تعداد کارکنان ثابت و دائمی بیمه گذار و پیمانکاران فرعی: ..... نفر

تعداد کارکنان متغیر بیمه گذار و پیمانکاران فرعی (قراردادی یا روزمزد): حداکثر: ..... نفر

**توضیح:** در صورتیکه حداکثر نیروی کار اظهار شده از سوی بیمه گذار ۵٪ افزایش یابد خسارات احتمالی بدون اعمال قاعده نسبی قابلیت رسیدگی دارد.

قابل به ذکر است، در بررسی خسارات احتمالی از محل پوشش این بیمه نامه در صورتیکه اثبات گردد نیروی کار اظهار شده از سوی بیمه گذار کمتر از تعداد واقعی نیروی کار در زمان حادثه بوده است، خسارت با رعایت ماده ۱۳ از قانون بیمه و به نسبت نفرات بیمه شده با نفرات زمان وقوع حادثه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تعداد شیفت کاری در شبانه روز: ..... شیفت

آیا کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی می باشند؟ بلی  خیر

آیا کارکنان در تعطیلات رسمی نیز کار می کنند؟ بلی  خیر

وضعیت ایمنی محیط کار و کارکنان

۱. خطراتی که کارکنان را در محیط کار تهدید می کند عبارتند از:

- سقوط اجسام     گاز گرفتگی     انفجار     سوختگی     سقوط از ارتفاع  
 گزیدگی حیوانات     سایر خطرات: .....     برق گرفتگی     .....

۲. آیا در محیط کار مورد بیمه واحد HSE ( ایمنی در کار) مستقر میباشد؟  خیر  بلی

۳. وسایل ایمنی مورد استفاده کارکنان در کارگاه عبارتند از:

ماسک  دستکش  کفش  عینک   
 کلاه  کمربند  سایر:  .....

۴. آیا وسایل کمک‌های اولیه در محل مورد بیمه وجود دارد؟  خیر  بلی

۵. نام نزدیکترین بیمارستان و درمانگاه به محل اجرای پروژه: ..... فاصله تقریبی تا محل مورد بیمه: ..... کیلومتر

**مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه**

مدت بیمه‌نامه: ..... روز. تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳ تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳

**پوششها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار**

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	
حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه در ماههای عادی	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه در ماههای حرام	
حداکثر غرامت دیه دوم و مازاد بر دیه اول هر نفر در هر حادثه	
حداکثر غرامت دیه دوم و مازاد بر دیه اول در طول مدت بیمه نامه	

**پوشش های تکمیلی**

۱. محل اقامت موقت و استراحتگاه موقت، اماکن وابسته به کارگاه نظیر رستوران، حمام و سالن ورزشی (خارج از محدوده مکانی تحت پوشش

بیمه‌نامه)  بلی  خیر  با ذکر نشانی: .....

۲. مأموریت‌های خارج از محوطه کارگاه به استثناء حوادث وسیله نقلیه موتوری  بلی  خیر

(ارائه نام افراد مامور در زمان صدور بیمه‌نامه و یا ۲۴ ساعت قبل از اعزام به مأموریت الزامی است)

آیا مایل هستید خسارتهای بدنی وارد به کارکنان در اثر حوادث وسیله نقلیه موتوری زمینی مشروط به احراز مسئولیت بیمه گذار و به یکی از

اشکال ذیل تحت پوشش این بیمه‌نامه قرار گیرد؟  بلی  خیر

الف: پوشش مازاد بر تعهدات بیمه‌نامه اجباری شخص ثالث اتومبیل

ب: پوشش کامل تعهدات وسیله نقلیه موتوری زمینی

۴. پوشش مسئولیت پیمانکاران فرعی در قبال کارکنان پروژه (شامل کارکنان خود پیمانکار و کارفرما)  بلی  خیر

۵. چگونگی پرداخت غرامتهای فوت و نقص عضو را مشخص نمایید:

پرداخت خسارت صرفاً با رأی دادگاه  پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه و با احراز مسئولیت بیمه گذار از سوی بیمه گر

۶. مایل هستید هزینه‌های پزشکی به چه شکلی پرداخت شوند؟

بدون اعمال تعرفه و صرفاً بر اساس صورتحسابهای مراکز درمانی  طبق تعرفه وزارت بهداشت

۷. خسارت جانی وارد به اشخاص ثالث ناشی از مسئولیت مستقیم شخص بیمه گذار در محدوده مکانی و یا در مجاورت محدوده مکانی مورد بیمه (این پوشش اضافی تا سقف ۲ نفر را تحت پوشش قرار خواهد داد.) بلی  خیر
۸. پوشش هزینه‌های کارشناسی و دفاع از بیمه‌گذار بلی  خیر
- پوشش هزینه‌های وکالت از ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال تا ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال (لطفاً سرمایه مورد نظر خود را تعیین نمایید)
- بلی  سقف سرمایه ..... ریال خیر
۹. حوادث غیر مرتبط با فعالیت اصلی بیمه شده بلی  خیر
۱۰. مسئولیت متقابل کارکنان در قبال یکدیگر بلی  خیر
۱۱. پوشش جبران هزینه انتقال مصدوم بلی  خیر
۱۲. پوشش جبران هزینه انتقال متوفی بلی  خیر
۱۳. مابه‌التفاوت دیه سالهای آتی: یکسال  دو سال  سه سال
۱۴. آیا تمایل دارید افزایش تعداد کارکنان در طول اعتبار مدت بیمه نامه تا سقف ۲۰٪ حداکثر نیروی اظهار شده در این پرسشنامه تحت پوشش بیمه نامه قرار گیرد؟ بلی  خیر
۱۵. آیا مایل هستید مطالبات سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی (موضوع تبصره یک ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی) بابت مستمری کارکنان نیز تحت پوشش قرار گیرد؟ بلی  (لطفاً سرمایه مورد درخواست خود را مشخص فرمایید) برای هر نفر ..... ریال و در طول مدت بیمه ..... ریال. خیر
۱۶. آیا مایل هستید مسئولیت بیمه گذار در قبال خسارت بدنی وارد به کلیه عوامل اجرائی از قبیل پیمانکاران فرعی (که دارای قرارداد مکتوب با بیمه گذار هستند)، کارکنان پیمانکاران فرعی، مهندسين ناظر و مشاور طرف قرارداد با بیمه گذار (صرفاً در محل اجرای پروژه) نیز تحت پوشش قرار گیرد؟ بلی  خیر
۱۷. آیا مایل هستید شخص بیمه‌گذار تحت پوشش بیمه‌نامه قرار گیرد. (این پوشش اضافی صرفاً بابت بیمه‌گذاران حقیقی بوده و تحت شمول شرایط بیمه حوادث موضوع آیین نامه ۸۴ شورای عالی بیمه می باشد.) بلی  خیر
- در بررسی خسارات احتمالی از محل پوشش این بیمه نامه در صورتیکه اثبات گردد تعداد کارکنان کلی اظهار شده از سوی بیمه‌گذار کمتر از تعداد واقعی کارکنان شاغل در محل اجرای پروژه می‌باشند خسارت با رعایت ماده ۱۳ قانون بیمه و اعمال قاعده نسبی حق بیمه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

چنانچه خواسته ای مازاد بر موارد فوق الذکر دارید، این قسمت را تکمیل نمایید.

.....

.....

.....

.....

بیمه‌گذار محترم، چنانچه مایل هستید سهمی از خسارتهای هزینه پزشکی را شخصاً عهده‌دار شوید میزان آن را مشخص فرمایید.

- پنج درصد  ده درصد  پانزده درصد  بیست درصد  بیست و پنج درصد

\*\* بدینوسیله اعلام می‌دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می‌باشد و موافقت می‌نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.\*\*

LAF063

بیمه سامان



تجدید نظر: ۰۱

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال

صفحه: ۴ از ۴

کارکنان صنعتی، خدماتی و بازرگانی

- بیمه گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

- بیمه گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

- خسارت مربوط به کارکنان با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می باشد که دارای اقامت با حق کار مشخص و معتبر بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.

\*\* به اطلاع می رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه گذار بیمه نامه صادر خواهد گردید. \*\*

نماینده/کارگزار:

مهر، امضاء و تاریخ

بیمه گذار:

مهر، امضاء و تاریخ