

# پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان پروژه های عمرانی



قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما براساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می شود لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی با مشخصات زیر صادر نمایید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

مشخصات بیمه گذار	نام متقاضی بیمه: ..... کد ملی / شناسه ملی: ..... نام پدر: ..... تاریخ تولد/ تأسیس: ..... / ..... / ۱۳..... وضعیت حقوقی پیشنهاد دهنده: دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> کد اقتصادی: ..... شماره ثبت / شماره شناسنامه: ..... نشانی: ..... کدپستی: ..... تلفن: ..... همراه: ..... پست الکترونیک: .....																							
	نام کارگاه: ..... نوع فعالیت: ..... نشانی محل فعالیت: ..... شرح تفصیلی کار و روش اجرا: ..... ابزار های مورد استفاده در انجام کار: ..... خطرات احتمالی: ..... آیا کار در ارتفاع هم صورت می گیرد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> حداکثر ارتفاع؟ ..... آیا با خطر انفجار هم سرو کار دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ناشی از چه چیزی؟ ..... نوع وسایل ایمنی و حفاظتی کارکنان: ..... تعداد کل کارکنان و کارگران شاغل: رسمی ..... نفر، قراردادی ..... نفر، روزمزد ..... نفر. تعداد کارکنان پیمانکاران (در صورت وجود): ..... آیا مایل به ارسال اسامی کارکنان می باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نحوه استخدام کارکنان و کارگران: رسمی <input type="checkbox"/> قراردادی <input type="checkbox"/> روزمزد <input type="checkbox"/> آیا همه کارکنان و کارگران تحت پوشش بیمه سازمان تامین اجتماعی می باشند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا بیمه گذار مایل به پوشش کار در ایام تعطیل می باشد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تعداد شیفت های کاری: ..... ساعات کاری هر شیفت: ..... تعداد کارکنان در هر شیفت: .....																							
مشخصات فعالیت بیمه گذار و نشانی	آیا قبلاً دارای بیمه نامه مسئولیت بوده اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت بیمه و شماره بیمه نامه را قید فرمایید. آیا در سه سال گذشته، حوادث منجر به فوت و نقص عضو و یا هزینه های پزشکی در محل کار شما روی داده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر تاریخ مرقوم فرمایید:																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>تاریخ حادثه</th> <th>نوع حادثه</th> <th>تعداد فوت</th> <th>تعداد نقص عضو</th> <th>تعداد هزینه پزشکی</th> <th>مبلغ خسارت (ریال)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)																	
تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)																			
سابقه بیمه ای	آیا متقاضی، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه را ذکر فرمایید.																							
	حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی: ..... ریال. حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام: ..... ریال. حداکثر هزینه های پزشکی جهت هر نفر در هر حادثه: ..... ریال. حداکثر تعهد بیمه گر جهت فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: ..... ریال. حداکثر تعهد بیمه گر جهت هزینه های پزشکی در طی دوره بیمه: ..... ریال.																							
تعهدات بیمه گر	درخواست اعمال فرانشیز پزشکی به میزان: 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: ..... روز از تاریخ: ..... / ..... / ۱۳..... تا تاریخ: ..... / ..... / ۱۳.....																							
فرانشیز	مدت بیمه: ..... روز از تاریخ: ..... / ..... / ۱۳..... تا تاریخ: ..... / ..... / ۱۳.....																							
	مدت بیمه: ..... روز از تاریخ: ..... / ..... / ۱۳..... تا تاریخ: ..... / ..... / ۱۳.....																							

FO-LI-122-01

آیا مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر هستید؟

- بلی  خیر  مأموریت های خارج از کارگاه کارکنان (جهت کارکنان بانام. در غیر این صورت ارسال حکم مأموریت ۲۴ ساعت قبل از اعزام کارکنان به مأموریت)
- بلی  خیر  غرامت جانی وارد به کارکنان در خوابگاه، رستوران و سایر اماکن مرتبط با کارگاه.
- بلی  خیر  خسارات ناشی از وسایل نقلیه موتوری زمینی برای کارکنان.
- بلی  خیر  مسئولیت پیمانکاران اصلی و فرعی در قبال کارکنان.
- بلی  خیر  مسئولیت مهندس ناظر، مشاور، طراح و محاسب در قبال کارکنان.
- بلی  خیر  پرداخت غرامت فوت و نقص عضو کارکنان بدون رأی دادگاه.
- بلی  خیر  پرداخت هزینه های پزشکی کارکنان بدون اعمال تعرفه وزارت بهداشت و در حد متعارف (هم تراز) تا سقف تعهدات درخواستی.
- بلی  خیر  پرداخت مطالبات تبصره یک ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی تا سقف ..... ریال در هر حادثه و ..... ریال در طی دوره.
- بلی  خیر  جبران خسارات ناشی از حوادث برای شخص بیمه گذار در داخل کارگاه.
- بلی  خیر  ما به التفاوت افزایش دیات تا یک سال آتی  دو سال آتی  سه سال آتی
- بلی  خیر  پرداخت غرامت دستمزد روزانه کارکنان ناشی از حوادث مورد بیمه.
- بلی  خیر  غرامت جانی وارد به کارکنان در محیط کار ناشی از حوادث غیر مرتبط با فعالیت اصلی بیمه شده.
- بلی  خیر  دیه دوم و بیشتر برای کارکنان در هر حادثه تا سقف ..... ریال و ..... ریال در طی دوره.
- بلی  خیر  مسئولیت بیمه گذار در قبال شخص صاحبکار، پیمانکار، مهندسین مشاور، ناظر و محاسب.
- بلی  خیر  پوشش بیمه ای ایاب و ذهاب کارکنان.
- بلی  خیر  پوشش افزایش ۲۰ درصد پرسنل.
- بلی  خیر  پوشش اهمال غیر عمدی کارکنان.
- بلی  خیر  پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان پیمانکاران اصلی و فرعی.

ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر بر اساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد.

تاریخ تکمیل:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

نام و امضاء متقاضی بیمه: