



پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان

مشخصات عمومی :	
نام کامل شخص ، موسسه یا شرکت پیشنهاد دهنده حقیقی ☐ حقوقی ☐ :	
کد / شناسه ملی سایر بیمه گذاران کد پستی	
نشانی پیشنهاد دهنده	
تعداد حوادث و مبلغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت پیشنهاد دهنده در پنج سال گذشته (به تفکیک هر حادثه) :	
* آیا طی یکسال گذشته دارای بیمه نامه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان بوده اید ؟ در صورت پاسخ مثبت نام شرکت بیمه و شماره بیمه نامه را قید فرمایید :	
پرسشهای عمومی در مورد کار و موضوع فعالیت پیشنهاد دهنده :	
الف - چنانچه نوع فعالیت ساختمان می باشد موارد زیر را پاسخ فرمایید :	
نوع فعالیت ساختمان :	تخریب و احداث بنا ☐ صرفا نصب اسکلت ☐ انجام نمای ساختمان ☐
نوع اسکلت :	بتونی ☐ فلزی ☐
شماره پروانه ساختمان مساحت کل بنا	
نشانی محل کار	
ب - چنانچه موضوع فعالیت بیمه گذار صنعتی ، خدماتی یا تجاری می باشد موارد زیر را پاسخ فرمایید :	
موضوع فعالیت	
تعداد نیروی کار ثابت نفر .	
* توجه : در صورتی که کارکنان تحت پوشش با نام باشند ، ۱۰٪ تخفیف در حق بیمه منظور می گردد . ☐	
* در صورت مثبت بودن ، بیمه گذار موظف است اسامی کارکنان را قبل از صدور یا شروع بیمه نامه به بیمه گر اعلام نماید و جزء لاینفک آن می باشد .	
تعداد نیروی کار متغییر (قراردادی ، روز مزد) حداقل نفر حداکثر نفر	
تعداد نوبت کاری (شیفت) ☐	
* آیا در خارج از ساعت کار موظف ، اضافه کاری صورت می پذیرد ؟	
* توجه : چنانچه انجام کار بصورت شیفتی باشد بایستی مجموع نیروی کار در چند شیفت در قسمت تعداد نیروی کار درج گردد .	
نشانی محل کار	
ج - چنانچه نوع فعالیت اجرای پروژه عمرانی می باشد موارد زیر را پاسخ فرمایید :	
موضوع فعالیت	
تعداد نیروی کار ثابت نفر	
حداکثر تعداد نیروی کار متغییر نفر	

پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان

* توجه : در صورتی که کارکنان تحت پوشش با نام باشند ، ۱۰٪ تخفیف در حق بیمه منظور می گردد . ☐ * در صورت مثبت بودن ، بیمه گذار موظف است اسامی کارکنان را قبل از صدور یا شروع بیمه نامه به بیمه گر اعلام نماید و جزء لاینفک آن می باشد . نشانی محل کار
* آیا مایل هستید هزینه پزشکی بیمه شدگان مزاد بر هزینه قابل جبران توسط بیمه گر پایه (سازمان تامین اجتماعی یا سازمان خدمات درمانی) پرداخت گردد ؟ ☐ بلی ☐ خیر * در صورت مثبت بودن ۲۵٪ تخفیف در نرخ هزینه پزشکی منظور می گردد .
بیمه گر موافقت می نماید با رعایت شرایط بیمه نامه و مشروط به پرداخت حق بیمه اضافی از سوی بیمه گذار ، پوششهای ذیل را در قالب کلوز به بیمه گذار ارائه نماید :
کلوز ۱- پوشش مسئولیت بیمه گذار ناشی از تعدد دیات (بیش از یک دیه) . ☐ بلی ☐ خیر
کلوز ۲- پوشش بیمه ای مأموریت خارج از محل کار . ☐ بلی ☐ خیر تعداد کارکنان تحت پوشش در مأموریت خارج از محل کار نفر * افراد تحت پوشش در مأموریت خارج از محل کار ، از زمان اعلام اسامی به بیمه گر مشمول تعهدات می باشند . * توجه : مسئولیت کارفرما در رابطه با حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری در رابطه با مأموریت خارج از محل کار (کلوز ۲) <u>مشمول</u> بیمه نامه نمی باشد مگر آنکه کلوز مربوطه (کلوز ۵) توسط بیمه گذار خریداری شده باشد .
کلوز ۳- پوشش بیمه ای اماکن وابسته به کارگاه در خارج از محل مورد بیمه که حدود آن توسط بیمه گذار تعیین می گردد . ☐ بلی ☐ خیر * توجه : مسئولیت کارفرما در رابطه با حوادث ناشی از استفاده از وسایل حرارتی و برودتی غیر استاندارد یا نصب غیر استاندارد در محل و زمان استراحت ، <u>تحت پوشش نمی باشد</u> .
کلوز ۴- پوشش بیمه ای مسئولیت مجری ذیصلاح . ☐ بلی ☐ خیر
کلوز ۵- پوشش بیمه ای حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری زمینی که دارای چرخ و قدرت حرکت و انتقال نیرو می باشند از قبیل تراکتور ، گریدر ، لودر ، لیفتراک ، کمباین ، دامپر ، میکسر ، جرثقال و امثالهم چه در زمان استفاده و حرکت چه در زمان سکون و خاموشی علیرغم مسئولیت بیمه گذار بر اساس نظریه بازرس کار یا کارشناس دادگستری یا محاکم قضایی و امثالهم صرفاً با اخذ این کلوز تحت پوشش این بیمه نامه قرار می گیرد . ☐ بلی ☐ خیر
کلوز ۶- پوشش بیمه ای مسئولیت پیمانکاران فرعی . ☐ بلی ☐ خیر * توجه : این کلوز صرفاً مشمول فعالیت ساختمانی بوده و اجباری می باشد .
کلوز ۷- پوشش بیمه ای مسئولیت مهندسین ناظر یا مشاور . ☐ بلی ☐ خیر * این پوشش صرفاً مشمول خسارت جانی می باشد .
کلوز ۸- پوشش بیمه ای پرداخت خسارت بدون رای دادگاه . ☐ بلی ☐ خیر
کلوز ۹- پوشش بیمه ای پرداخت هزینه پزشکی با ارائه صورتحساب مراکز درمانی خصوصی . ☐ بلی ☐ خیر

پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان

کلوز ۱۰- پوشش بیمه ای مطالبات سازمان تامین اجتماعی یا سازمان خدمات درمانی از بیمه گذار بابت مستمری موضوع «تبصره یک ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی» . بله ☐ خیر ☐ * تعهد بیمه گر برای هر نفر به مبلغ ریال و در طول مدت بیمه نامه معادل تعداد افراد تحت پوشش غرامتهای فوت و نقص عضو مندرج در بیمه نامه خواهد بود .
کلوز ۱۱- پوشش بیمه ای برای شخص کارفرما ، پیمانکار ، مشاور ، ناظر و مجری ذیصلاح در محل مورد بیمه (بیمه حوادث) . بله ☐ خیر ☐
کلوز ۱۲- پوشش بیمه خسارت جانی وارده به اشخاص ثالث براساس تعهدات فوت و نقص عضو در هر حادثه در محدوده مورد بیمه . بله ☐ خیر ☐ * تعهد بیمه گر در این کلوز از ۵۰ درصد حداکثر تعهد بیمه گر در طول مدت بیمه تجاوز نخواهد کرد . * این کلوز شامل فعالیت های خدماتی و بازرگانی نمی گردد .
کلوز ۱۳- پوشش بیمه ای مابه التفاوت افزایش دیه روز از تاریخ وقوع حادثه که توسط مراجع قضایی تعیین می گردد (حداکثر افزایش دیه اعلامی توسط مراجع قضایی خواهد بود) . بله ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ مثبت : ☐ یک بار ☐ دو بار ☐ سه بار
کلوز ۱۴- پوشش بیمه ای مربوط به پرداخت غرامت دستمزد روزانه کارکنان ناشی از حوادث مورد بیمه . بله ☐ خیر ☐ * حداکثر غرامت دستمزد روزانه کارکنان به ازاء هر روز برای هر نفر مبلغ ریال .
کلوز ۱۵- پوشش بیمه ای صدمات جسمانی وارده به کارکنان در محل مورد بیمه ناشی از حوادثی که ارتباطی با نوع فعالیت بیمه شده ندارد . بله ☐ خیر ☐ توجه : منظور از فعالیت غیر مرتبط کلیه امور اعم از جزئی و کلی است که خارج از فرآیند شرح کار مورد بیمه می باشد .
* آیا مایل هستید در صورت بروز هر خسارت ، سهمی از آن را شخصا بپردازید ؟ پنج درصد ☐ ده درصد ☐ پانزده درصد ☐ بیست درصد ☐ بیست و پنج درصد ☐ بله ☐ خیر ☐
مدت بیمه و حداکثر پوشش مورد درخواست :
مدت این بیمه نامه روز و شروع آن از ساعت ۲۴ روز و انقضاء تا ساعت ۲۴ روز می باشد .
لطفا میزان تعهدات مورد بیمه را تعیین فرمایید : * حداکثر هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه مبلغ ریال . * حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه مبلغ ریال . * حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماههای عادی مبلغ ریال . * حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماههای حرام مبلغ ریال . * حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه برای کلیه کارکنان مبلغ ریال .



پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان

*** بدینوسیله اعلام می نماید که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد ، کامل و درست بوده و هیچگونه مطالب مغایری بیان نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است .
همچنین موافقت می شود که این پیشنهاد ، اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد .

مهر و امضای پیشنهاد دهنده :

تاریخ :

این فرم توسط نمایندگی بیمه تکمیل می گردد :

آیا اظهار بیمه گذار برای تعداد نیروی کار در فعالیت های عمرانی یا صنعتی ، خدماتی ، تجاری صحیح است ؟

☐ خیر ☐ بلی

آیا در کارگاه مذکور اصول متعارف ایمنی رعایت می گردد ؟

☐ خیر ☐ بلی

سایر مواردی که مورد نظر نماینده می باشد .

مهر و امضای نمایندگی :

کد و نام نمایندگی :

تاریخ :