

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما درمقابل کارکنان

الف) مشخصات عمومی :

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱- نام کامل پیشنهاد دهنده : |
| ۲- نشانی بیمه گذار: |
| ۳- نشانی محل کار موضوع بیمه: |
| تلفن : |
| دورنگار : |
| ۴- وضعیت حقوقی پیشنهاد دهند : <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی |
| ۵- تعداد حوادث و مبالغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت پیشنهاد دهنده در ۲ سال گذشته (به تفکیک هر حادثه) : |

ب) پرسشهای عمومی: در مورد کار و موضوع فعالیت پیشنهاد دهنده :

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| ۱- چنانچه نوع فعالیت اجرای پروژه عمرانی می باشد موارد زیر مشخص فرمائید : | |
| نام صاحب کار : <input type="text"/> | موضوع کار : <input type="text"/> |
| ۲- در خصوص فعالیت ساختمانی موارد زیر را مشخص فرمائید : | |
| تخریب واحداث بنا <input type="checkbox"/> احداث سوله <input type="checkbox"/> بازسازی بنا موجود <input type="checkbox"/> مساحت کل بنا <input type="text"/> | |
| نصب اسکلت <input type="checkbox"/> اجرای نمای ساختمان <input type="checkbox"/> نوع اسکلت : بتونی <input type="checkbox"/> فلزی <input type="checkbox"/> | |
| ۳- درارتباط با فعالیت صنعتی ، خدماتی و بازرگانی ، نوع فعالیت را مشخص فرمائید. | |
| ۴- درارتباط با نیروی کار شاغل (به غیر از احداث بنا) موارد زیر را مشخص فرمائید: | |
| تعداد کارکنان ثابت و دائمی <input type="text"/> | |
| قرار دادی : حداقل <input type="text"/> نفر حداکثر <input type="text"/> نفر | |
| روزمزد : حداقل <input type="text"/> نفر حداکثر <input type="text"/> نفر | |
| ۵- لطفاً در صورت انجام کار (صنعتی، تجاری، خدماتی) بصورت شیفت ، تعداد نوبت کاری را مشخص فرمایید و تعداد نفرات هر شیفت به طور جداگانه ذکر گردد. | |
| تعداد نوبت کاری (شیفت) <input type="checkbox"/> | |
| توضیح : در صورت انجام کار بصورت شیفت، می بایست مجموع نیروی کار در چند شیفت درج گردد <input type="checkbox"/> نفر | |

۶- لطفاً محدوده مکانی مورد درخواست جهت پوشش بیمه را مشخص نمایید .
فقط محوطه انجام کار محل اقامت کارکنان و مأموریت های خارج از کارگاه سایر مکان های وابسته به کار مانند رستوران ، حمام ، سالن ورزش و

توضیح: مسئولیت کارفرما در رابطه با حوادث ناشی از وسائط نقلیه موتوری در رابطه با مأموریت های خارج از کارگاه مشمول بیمه نمی باشد. مگر اینکه بیمه گذار کلوز مربوطه (وسائط نقلیه موتوری) را خریداری نموده باشد.

۷- آیا مایل هستید صدمات وارد به کارکنان ناشی از وسائط نقلیه موتوری را بیمه نمایید :
بلی خیر

۸- چنانچه مایل هستید غیر از مسئولیت شما مسئولیت اشخاص زیر نیز بیمه گردد را مشخص نمایید .
پیمانکاران فرعی و سایر کسانی که به نحوی بخشی از کار مورد بیمه را عهده دار می باشند.
مهندسین ناظر و مشاور

۹- نحوه پرداخت خسارت:
پرداخت هر نوع خسارت فقط با رای دادگاه پرداخت خسارت بدون رای دادگاه و با احراز مسئولیت توسط بیمه گر

۱۰- آیا مایل هستید هزینه های پزشکی طبق تعرفه وزارت بهداشت درمان جبران گردد.
بلی طبق تعرفه خیر بدون تعرفه

۱۱- آیا مایل هستید صدمات جسمانی به کارکنان در حین ایاب و ذهاب از منزل به کارگاه و بالعکس تحت پوشش قرار گیرد. بلی خیر

۱۲- چنانچه مایل هستید شخص بیمه گذار ، کارفرما ، صاحبکار، پیمانکار، مشاور و ناظر نیز تحت پوشش حادثه قرار گیرند . بلی خیر

۱۳- آیا مایل هستید مسئولیت شما در رابطه با خسارت های جانی در قبال اشخاص ثالث نیز تحت پوشش قرار گیرد: بلی خیر

۱۴- آیا مایل هستید مطالبات احتمالی سازمان تأمین اجتماعی و سایر سازمان های جایگزین بر علیه شما در ارتباط با کارکنان بابت هزینه های که از سوی آن سازمان ها پرداخت می گردد بیمه شود .
بلی خیر

سرمایه مورد درخواست را مشخص فرمایید ریال

۱۵- آیا مایل هستید مسئولیت شما در محل مورد بیمه در خصوص حوادثی که با نوع فعالیت بیمه شده ارتباطی ندارد ولی منجر به صدمات جسمانی به کارکنان می گردد بیمه شود.
بلی خیر

۱۶- آیا مایل هستید بیمه گر ما به التفاوت افزایش دیه هر سال را علاوه بر میزان تعهدات خریداری شده در بیمه نامه را پرداخت نماید. بلی خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ تعداد سال را مشخص فرمائید :

یکسال دو سال سه سال

۱۷- آیا مایل هستید چنانچه کارکنان شما که در حین انجام کار دچار مصدومیت گردیده و با نظر پزشک قادر به انجام کار نباشند دستمزد آنها پرداخت گردد؟ بلی خیر

در صورتی که پاسخ مثبت است دستمزد روزانه را تعیین نمایید.

کارکنان ساده ریال

کارکنان متخصص ریال

توضیح : ذکر نام کارکنان متخصص الزامی است .

ج) مدت بیمه و حداکثر پوشش های بیمه ای مورد درخواست :

| | | |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------|
| ۱- مدت بیمه : ۱۲ ماه | شروع از ساعت ۲۴ روز : | انقضاء تا ساعت ۲۴ روز: |
| ۲- لطفاً میزان سرمایه های مورد نظر را مشخص فرمائید. | | |
| ریال | ریال و درطول مدت بیمه برای کلیه کارکنان | ریال |
| - | حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر: | ریال |
| - | حداکثر غرامت فوت ونقص عضو برای هر نفر در ماههای عادی : | ریال |
| - | حداکثر غرامت فوت برای هر نفر در ماه های حرام : | ریال |
| - | حداکثر غرامت فوت ونقص عضو برای طول مدت بیمه برای تمامی کارکنان : | ریال |
| - | حداکثر تعهد برای نقص عضو های بیش از یک دیه در طول مدت بیمه نامه : | ریال |

بدین وسیله اعلام میدارد کلیه اظهارات مندرج دراین پیشنهاد و پرسشنامه صحیح بوده و همچنین موافقت می گردد که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه وجزء لاینفک آن قرار گیرد .

نام وامضای پیشنهاد دهند ه : _____ تاریخ : _____