

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان پروژه‌های عمرانی

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

شخص حقیقی	شخص حقوقی
نام و نام خانوادگی:	نام (مؤسسه، شرکت، سازمان):
تاریخ تولد: ... / ... /	دولتی ☐ خصوصی ☐ تعاونی ☐
شماره ملی (الزامی است):	تاریخ تأسیس: ... / ... /
سابقه کار در حرفه‌ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید:	شماره ثبت:
.....	شناسه ملی:
	کد اقتصادی:

نشانی بیمه‌گذار:	تلفن ثابت:	تلفن همراه:	دورنگار:	کد پستی:
نشانی محل مورد بیمه:	تلفن ثابت:	تلفن همراه:	دورنگار:	کد پستی:
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 اجرای پروژه:	نوع پروژه:	شماره قرارداد/پیمان:
محل و نشانی اجرای پروژه:		
حداکثر تعداد کارکنان ثابت و دائمی بیمه‌گذار و پیمانکاران فرعی:		
حداکثر تعداد کارکنان متغیر بیمه‌گذار و پیمانکاران فرعی:		
آیا مایل به اخذ پوشش برای کارکنان خود به صورت با نام می باشید؟	☐ بلی	☐ خیر
در صورت مثبت بودن سوال فوق اسامی پرسنل خود را در پیوست ارائه دهید.		
1-	2-	3-
4-	5-	6-
7-	8-	
اسامی عوامل اجرایی و تعداد کارکنان آنان که می خواهند تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند را در جدول ذیل بنویسید:		
1- نام و مشخصات عوامل اجرایی:	و تعداد کارکنان:	
2- نام و مشخصات عوامل اجرایی:	و تعداد کارکنان:	
3- نام و مشخصات عوامل اجرایی:	و تعداد کارکنان:	

تبصره: در صورت عدم ارائه مشخصات عامل یا عوامل اجرایی خود، کارکنان آنان تحت شمول این بیمه نامه واقع نمی شوند.

خسارات احتمالی از محل پوشش این بیمه نامه در صورتیکه اثبات گردد حداکثر نیروی کار اظهار شده از سوی بیمه‌گذار کمتر از تعداد واقعی نیروی کار در زمان حادثه باشد خسارت با رعایت ماده 13 از قانون بیمه و به نسبت نفرات بیمه‌شده با نفرات زمان وقوع حادثه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تذکر: در صورتیکه حداکثر نیروی کار اظهار شده از سوی بیمه‌گذار 5٪ افزایش یابد خسارات احتمالی بدون اعمال قاعده نسبی قابلیت رسیدگی دارد.

تعداد شیفت کاری در شبانه روز: ☐ یک شیفت ☐ دو شیفت ☐ سه شیفت

آیا کارکنان در شیفت شب مشغول به کار می باشند؟ ☐ بلی ☐ خیر

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

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

در صورتی که محل مورد بیمه در طی مدت اعتبار بیمه نامه تغییر می کند، به سوالات زیر پاسخ دهید:

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان پروژه‌های عمرانی

☐ بلی ☐ خیر

آیا امکان ارائه اسامی کارکنان وجود دارد؟

در صورتیکه پاسخ مثبت است، لطفاً اسامی کارکنان را اعلام نمایید:

در صورتی که امکان ارائه اسامی کارکنان وجود ندارد بیمه گذار می بایست محل مورد بیمه (محل اجرای کار) را 24 ساعت قبل از شروع کار بصورت مکتوب به بیمه گر اعلام نماید تا با صدور الحاقیه محل جدید نیز تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرد. لازم به ذکر است در صورت عدم رعایت نکات فوق، امکان رسیدگی و پرداخت خسارات احتمالی از جانب بیمه گر مقدور نمی باشد.

وضعیت ایمنی محیط کار و کارکنان

1- خطراتی که کارکنان را در محیط کار تهدید می کند عبارتند از:

☐ قطع عضو ☐ انفجار ☐ برق گرفتگی ☐ سوختگی ☐ سقوط از ارتفاع
☐ سقوط اجسام ☐ گزیدگی حیوانات ☐ گاز گرفتگی ☐ برخورد با ماشین آلات پیمانکاری ☐ سایر خطرات:

2- آیا در محیط کار مورد بیمه واحد HSE (ایمنی در کار) مستقر می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

3- وسایل ایمنی مورد استفاده کارکنان در کارگاه عبارتند از:

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

4- آیا وسایل کمک‌های اولیه در محل مورد بیمه وجود دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر

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

مدت زمان مورد درخواست بیمه‌نامه

مدت بیمه‌نامه: روز. تاریخ شروع: از ساعت 24 روز / / 14 تاریخ انقضاء: از ساعت 24 روز / / 14

پوشش‌ها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه‌گذار

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	
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 بیمه‌نامه	

پوشش‌های تکمیلی

1- پوشش حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری ☐ بلی ☐ خیر

2- پوشش جبران هزینه های پزشکی ☐ بلی ☐ خیر

3- پوشش تبصره 1 ماده 66 قانون تامین اجتماعی ☐ بلی ☐ خیر

حداکثر غرامت مالی برای هر نفر: ریال

حداکثر غرامت مالی در طول مدت بیمه: ریال

4- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث (جانی) ☐ بلی ☐ خیر

5- پوشش بیمه ای افزایش ربالی دیه ☐ بلی ☐ خیر

6- پوشش مأموریت‌های خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان ☐ بلی ☐ خیر

☐ 1 سال ☐ 2 سال ☐ 3 سال

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما
در قبال کارکنان پروژه‌های عمرانی

LAF064

تجدید نظر: 06

صفحه : 3 از 3

اسامی مامورین: 1- 2- 3- 4-

(ارائه اسامی ماموران در زمان صدور بیمه نامه و یا 24 ساعت قبل از اعزام به مأموریت الزامی است در غیر اینصورت خسارت احتمالی وارد به آنان تحت شمول این بیمه نامه نمی باشد)

7- پوشش مسئولیت مجری ذیصلاح ساختمان ☐ بلی ☐ خیر

8- پوشش نوسان تعداد کارکنان تا 20 درصد زمان صدور بیمه نامه ☐ بلی ☐ خیر

9- پوشش غرامت دستمزد روزانه ☐ بلی ☐ خیر

10- مبلغ سرمایه درخواستی غرامت دستمزد روزانه برای هر نفر در هر حادثه (در طول مدت بیمه نامه): ریال

* حداکثر سرمایه قابل پوشش برای غرامت دستمزد روزانه برای هرنفرد در هر حادثه 10,000,000 ریال می باشد.

11- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان عوامل اجرایی ☐ بلی ☐ خیر

12- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال شخص عوامل اجرایی ☐ بلی ☐ خیر

13- پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی ☐ بلی ☐ خیر

چنانچه خواسته‌ای مازاد بر موارد فوق‌الذکر 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 می باشد و موافقت می‌نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

- بیمه‌گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه‌نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

- بیمه‌گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

- به اطلاع می‌رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه‌نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه‌گذار بیمه‌نامه صادر خواهد گردید

نماینده/کارگزار :

مهر، امضاء و تاریخ

بیمه‌گذار :

مهر، امضاء و تاریخ