

بیمه گذار	مشخصات	نام کامل بیمه گذار (حقیقی / حقوقی) : کد ملی / شناسه ملی : شماره شناسنامه / شماره ثبت : کد اقتصادی نشانی بیمه گذار : کد پستی : تلفن : تلفن همراه : دورنگار :
سوابق خسارت		تعداد حوادث و مبالغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت بیمه گذار در ۲ سال گذشته را به تفکیک هر حادثه اعلام فرمایید
مشخصات فعالیتهای عمرانی		چنانچه نوع فعالیت اجرای پروژه عمرانی می باشد موارد زیر را مشخص فرمایید : فعالیت شغلی اصلی (موضوع کار) : نشانی محل کار : تعداد کل کارکنان ثابت : نفر / تعداد کارکنان متغیر (قراردادی یا روزمزد) : حداقل نفر حداکثر نفر تعداد شیفت های کاری در شبانه روز : ساعت کاری هر شیفت : از تا تعداد نفر / از تا تعداد نفر / از تا تعداد نفر آیا کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی یا خدمات درمانی می باشند ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
مشخصات فعالیتهای تولیدی ، صنعتی ، خدماتی ، بازرگانی		چنانچه نوع فعالیت تولیدی ، صنعتی ، خدماتی ، بازرگانی می باشد موارد زیر را مشخص فرمایید : فعالیت شغلی اصلی (موضوع کار) : نشانی محل کار : تعداد کل کارکنان ثابت : نفر / تعداد کارکنان متغیر (قراردادی یا روزمزد) : حداقل نفر حداکثر نفر تعداد شیفت های کاری در شبانه روز : ساعت کاری هر شیفت : از تا تعداد نفر / از تا تعداد نفر / از تا تعداد نفر آیا کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی یا خدمات درمانی می باشند ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
پوشش های تکمیلی		بیمه گذار محترم در صورتیکه از پیمانکار یا پیمانکاران فرعی استفاده می نماید موارد زیر را مشخص فرمایید : تعداد کل کارکنان ثابت : نفر / تعداد کارکنان متغیر (قراردادی یا روزمزد) : حداقل نفر حداکثر نفر چنانچه مایل هستید هزینه پزشکی بیمه شدگان مزاد بر هزینه های قابل جبران توسط سازمان تامین اجتماعی و یا سازمان خدمات درمانی پرداخت گردد مشخص فرمایید : بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا تمایل به صدور بیمه نامه به صورت با نام دارید ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت با نام بودن ضروری است لیست اسامی کلیه کارکنان در زمان صدور بیمه نامه ارائه و تغییرات مربوطه در طول مدت اعتبار بیمه نامه حداکثر ظرف مدت ۳ روز کاری کتبا اعلام گردد)
خطرات احتمالی و ایمنی کار		خطرهای احتمالی برای کارکنان را شرح دهید : کار در ارتفاع : بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> کار با مواد منفجره و آتش زا : بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سایر موارد : کارکنان از چه وسایل ایمنی استفاده می کنند : انواع ماشین آلات موجود در کارگاه : پرس <input type="checkbox"/> برش <input type="checkbox"/> چکش برقی <input type="checkbox"/> گیوتین <input type="checkbox"/> CNC <input type="checkbox"/> سایر موارد : آیا ماشین آلات موجود در کارگاه مجهز به چشم الکترونیک و سیستمهای ایمنی استاندارد می باشند : بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
مدت بیمه		مدت بیمه مورد درخواست : روز از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز
تعهدات در خواستی		تعهد بیمه گر برای جبران هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه ریال حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه ریال تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی ریال تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام ریال حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران حوادث منجر به غرامت مزاد بر دبه اول برای هر نفر در هر حادثه ریال حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران غرامت های فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه ریال

*با توجه به شرایط بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان، خسارات ناشی از حوادث زیر تحت پوشش نمی باشند:

هر گونه حادثه خارج از محیط کار، حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری، حوادث غیر مرتبط با نوع فعالیت بیمه گذار ، خسارت وارد به کارکنان ناشی از مسئولیت پیمانکاران فرعی، ناظران و مشاوران ، غرامات وارده به شخص بیمه گذار یا صاحبکار، و نیز اشخاص ثالث و پرداخت هر گونه غرامت فوت و نقص عضو بدون رأی دادگاه و پرداخت هزینه های پزشکی بدون تعرفه وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی.

چنانچه تمایل دارید، می توانید با انتخاب پوشش های تکمیلی زیر و پرداخت حق بیمه اضافی ، نسبت به اخذ پوشش استثنائات فوق اقدام فرمایید:

- پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار برای مأموریت های خارج از کارگاه کارکنان (با ارائه اسامی و نوع مأموریت)
- پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار برای حوادث وسایل نقلیه موتوری زمینی در محیط کارگاه برای کارکنان
- پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار برای حوادث نقلیه موتوری خارج از کارگاه و در حین ایاب و ذهاب کارکنان
- پوشش بیمه ای مسئولیت مدنی پیمانکاران اصلی و فرعی در قبال کارکنان
- پوشش بیمه ای مسئولیت مهندسین ناظر و مشاور در قبال کارکنان
- پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان در اماکن وابسته به محیط کار
- پوشش بیمه ای افزایش دیات برای سالهای آتی یکسال دوسال
- پوشش بیمه ای حادثه شخص بیمه گذار یا صاحبکار (حقیقی)
- در صورتیکه شخص بیمه گذار(حقیقی) شخصا نسبت به انجام کار در محوطه کارگاه اقدام مینماید مشخص کنید: بلی خیر

((در صورتیکه پاسخ بیمه گذار بلی باشد بیمه گر بایستی یک نفر را به ضریب نیروی کار اضافه نماید)).

- پوشش بیمه ای پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه
- پوشش بیمه ای پرداخت هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه
- پوشش بیمه ای مسئولیت متقابل کارکنان بیمه گذار
- پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار در قبال خسارات جانی وارد به اشخاص ثالث(فقط رشته کارفرما در قبال کارکنان تولیدی ، صنعتی ، خدماتی، بازرگانی)
- تعهدات برای هر نفر در هر حادثه برابر تعهدات انتخابی برای کارکنان و حداکثر تا سقف دو نفر می باشد.
- پوشش بیمه ای مطالبات احتمالی سازمان تامین اجتماعی (موضوع تبصره یک ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی)
- حداکثر میزان سرمایه مورد درخواست برای مطالبات مستمری هر نفر در هر حادثه ریال
- حداکثر میزان سرمایه مورد درخواست برای مطالبات مستمری در طول مدت بیمه نامه ریال

بیمه گذار محترم ، چنانچه پوشش بیمه ای خاصی در رابطه با موضوع کار خود در نظر دارید ، لطفا اعلام فرمائید .

سایر موارد

اینجانب بدینوسیله اعلام و اقرار می نمایم که اظهارات و پاسخهای مندرج در این فرم پیشنهاد بطور کامل و صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است . همچنین موافقت می شود که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

نام و امضای پیشنهاد دهنده

تأیید بیمه گذار

این قسمت توسط نماینده / کارگزار تکمیل گردد

نماینده / کارگزار موظف است به متقاضی تاکید نماید که پیشنهاد را بصورت کامل و صحیح تکمیل نماید و در صورتیکه به وظایف خود عمل ننماید طبق دستورالعمل اجرائی مراتب بررسی و اقدام گردد .

مهر و امضای نماینده/کارگزار

کد

تاریخ :