



پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان

مشخصات عمومی :
نام کامل شخص ، موسسه یا شرکت پیشنهاد دهنده حقیقی <input type="checkbox"/> حقوقی <input type="checkbox"/> : 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 : <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
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 <input type="checkbox"/> صرفا نصب اسکلت <input type="checkbox"/> انجام نمای ساختمان <input type="checkbox"/>
نوع اسکلت : بتونی <input type="checkbox"/> فلزی <input type="checkbox"/>
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 . <input type="checkbox"/> * 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) نفر حداقل نفر حداکثر نفر تعداد نوبت کاری (شیفت) <input type="checkbox"/>
* 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 . <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر 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

<p>* توجه: در صورتی که کارکنان تحت پوشش با نام باشند، ۱۰٪ تخفیف در حق بیمه منظور می‌گردد. <input type="checkbox"/></p> <p>* 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 می‌باشد.</p> <p>نشانی محل کار</p>
<p>* 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؟ <input type="checkbox"/></p> <p>* در صورت مثبت بودن ۲۵٪ تخفیف در نرخ هزینه پزشکی منظور می‌گردد. <input type="checkbox"/></p>
<p>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:</p>
<p>کلوز ۱- پوشش مسئولیت بیمه گذار ناشی از تعدد دیات (بیش از یک دیه) . <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p>
<p>کلوز ۲- پوشش بیمه ای مأموریت خارج از محل کار . <input type="checkbox"/></p> <p>تعداد کارکنان تحت پوشش در مأموریت خارج از محل کار نفر</p> <p>* افراد تحت پوشش در مأموریت خارج از محل کار، از زمان اعلام اسامی به بیمه گر مشمول تعهدات می‌باشند.</p> <p>* توجه: مسئولیت کارفرما در رابطه با حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری در رابطه با مأموریت خارج از محل کار (کلوز ۲) مشمول بیمه نامه نمی‌باشد مگر آنکه کلوز مربوطه (کلوز ۵) توسط بیمه گذار خریداری شده باشد.</p>
<p>کلوز ۳- پوشش بیمه ای اماکن وابسته به کارگاه در خارج از محل مورد بیمه که حدود آن توسط بیمه گذار تعیین می‌گردد. <input type="checkbox"/></p> <p>* 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، تحت پوشش نمی‌باشد.</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p>
<p>کلوز ۴- پوشش بیمه ای مسئولیت مجری ذیصلاح. <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p>
<p>کلوز ۵- پوشش بیمه ای حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری زمینی که دارای چرخ و قدرت حرکت و انتقال نیرو می‌باشند 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 می‌گیرد. <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p>
<p>کلوز ۶- پوشش بیمه ای مسئولیت پیمانکاران فرعی . <input type="checkbox"/></p> <p>* توجه: این کلوز صرفاً مشمول فعالیت ساختمانی بوده و اجباری می‌باشد.</p>
<p>کلوز ۷- پوشش بیمه ای مسئولیت مهندسیین ناظر یا مشاور . <input type="checkbox"/></p> <p>* این پوشش صرفاً مشمول خسارت جانی می‌باشد.</p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p>
<p>کلوز ۸- پوشش بیمه ای پرداخت خسارت بدون رای دادگاه . <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p>
<p>کلوز ۹- پوشش بیمه ای پرداخت هزینه پزشکی با ارائه صورتحساب مراکز درمانی خصوصی . <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p>



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» . <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> 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) . <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
کلوز ۱۲- پوشش بیمه خسارت جانی وارده به اشخاص ثالث براساس تعهدات فوت و نقص عضو در هر حادثه در محدوده مورد بیمه . <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> 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) . <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر در صورت پاسخ مثبت : <input type="checkbox"/> یک بار <input type="checkbox"/> دو بار <input type="checkbox"/> سه بار
کلوز ۱۴- پوشش بیمه ای مربوط به پرداخت غرامت دستمزد روزانه کارکنان ناشی از حوادث مورد بیمه . <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> 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 . <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> 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 ؟ <input type="checkbox"/> 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"/> بلی <input type="checkbox"/> 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 :