

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما
در قبال کارکنان ساختمانی



قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما براساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می شود لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی با مشخصات زیر صادر نمایید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

مشخصات بیمه گذار	نام متقاضی بیمه و شرکاء: کد ملی / شناسه ملی:																								
	نام پدر: کد اقتصادی: شماره ثبت / شماره شناسنامه: تاریخ تاسیس / تاریخ تولد: / / کد پستی:																								
مشخصات فعالیت بیمه گذار و نشانی	نشانی:																								
	پست الکترونیک: تلفن: دورنگار: تلفن همراه:																								
سابقه بیمه ای	نشانی محل اجرای کار:																								
	تعداد حداقل و حداکثر نیروی کار روزانه در محل اجرای پروژه: حداقل: نفر و حداکثر: نفر. آیا پروژه دارای نگهبان است؟ در صورتی که جواب مثبت است نام وی را ذکر نمایید:																								
فراشیز	نوع وسایل ایمنی و حفاظتی کارکنان:																								
	در حال اجرای کدامیک از موارد می باشید؟ تخریب <input type="checkbox"/> گودبرداری <input type="checkbox"/> اجرای پی <input type="checkbox"/> سفنکاری <input type="checkbox"/> نازک کاری <input type="checkbox"/> نماکاری <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>																								
مدت بیمه	شماره پروانه ساخت: تاریخ صدور پروانه: / / کل مترائز زیر بنا مندرج در پروانه ساخت: متر مربع. اضافه بنا متر مربع تعداد بلوک: تعداد طبقات (جمعاً با احتساب همگف): طبقه، به اضافه طبقه زیرزمین.																								
	نوع کاربری ساختمان در دست ساخت: پلاک ثبتی ملک:																								
تعهدات بیمه گر	نوع سازه در دست ساخت: بتنی <input type="checkbox"/> فلزی <input type="checkbox"/> سایر:																								
	نوع خاک: خاک رس، دستی، ماسه <input type="checkbox"/> صخره یا دچ <input type="checkbox"/> خاک مخلوط <input type="checkbox"/> سایر: چگونگی خاک برداری: دستی <input type="checkbox"/> ماشینی <input type="checkbox"/> عمق گودبرداری: متر.																								
آیا قبلاً دارای بیمه نامه مسئولیت بوده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت و شماره بیمه نامه را قید فرمایید.																									
آیا در یک سال گذشته حادثه ای که منجر به فوت و نقص عضو کارکنان و یا هزینه پزشکی آنها شده باشد، رخ داده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر تاریخ مرقوم فرمایید:																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>تاریخ حادثه</th> <th>نوع حادثه</th> <th>تعداد فوت</th> <th>تعداد نقص عضو</th> <th>تعداد هزینه پزشکی</th> <th>مبلغ خسارت (ریال)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)																		
تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)																				
آیا متقاضی، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه را ذکر فرمایید.																									
درخواست اعمال فرانشیز پزشکی به میزان: 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"/>																									
مدت بیمه: روز از تاریخ: / / تا تاریخ: / / ۱۳																									
حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی: ریال.																									
حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام: ریال.																									
حداکثر هزینه های پزشکی جهت هر نفر در هر حادثه: ریال.																									
حداکثر تعهد بیمه گر جهت فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: ریال.																									
حداکثر تعهد بیمه گر جهت هزینه های پزشکی در طی دوره بیمه: ریال.																									

FO-LI-125-01

آیا مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر هستید؟

- بلی خیر مأموریت های خارج از کارگاه کارکنان (جهت کارکنان بانام. در غیر این صورت ارسال حکم مأموریت ۲۴ ساعت قبل از اعزام کارکنان به مأموریت)
- بلی خیر غرامت جانی وارد به کارکنان در خوابگاه، رستوران و سایر اماکن مرتبط با کارگاه.
- بلی خیر خسارات ناشی از وسایل نقلیه موتوری زمینی برای کارکنان.
- بلی خیر مسئولیت پیمانکاران اصلی و فرعی در قبال کارکنان (پوشش اجباری).
- بلی خیر مسئولیت مهندس ناظر، مشاور، طراح و محاسب در قبال کارکنان.
- بلی خیر پرداخت غرامت فوت و نقص عضو کارکنان بدون رأی دادگاه.
- بلی خیر پرداخت هزینه های پزشکی کارکنان بدون اعمال تعرفه وزارت بهداشت و در حد متعارف تا سقف تعهدات درخواستی.
- بلی خیر پرداخت مطالبات تبصره یک ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی در هر حادثه تا سقف ریال و ریال در طی دوره.
- بلی خیر جبران خسارت ناشی از حوادث برای شخص بیمه گذار در داخل کارگاه.
- بلی خیر جبران صدمات جسمانی وارد به اشخاص ثالث.
- بلی خیر مابه التفاوت افزایش دیات تا یک سال آتی دو سال آتی سه سال آتی
- بلی خیر پرداخت غرامت دستمزد روزانه کارکنان ناشی از حوادث مورد بیمه.
- بلی خیر غرامت جانی وارد به کارکنان در محیط کار ناشی از حوادث غیر مرتبط با فعالیت اصلی بیمه شده.
- بلی خیر دیه دوم و بیشتر برای کارکنان در هر حادثه تا سقف ریال و ریال در طی دوره.
- بلی خیر مسئولیت بیمه گذار در قبال شخص صاحبکار، پیمانکار، مهندسین مشاور، ناظر و مجری.
- بلی خیر مسئولیت مجری ذیصلاح در قبال کارکنان.
- بلی خیر اهمال غیر عمدی کارکنان بیمه گذار.
- بلی خیر پوشش بیمه ای ایاب و ذهاب کارکنان.
- بلی خیر پوشش افزایش ۲۰ درصد پرسنل (متراز).
- بلی خیر پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان پیمانکاران اصلی و فرعی

ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر بر اساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد .

نام و امضاء متقاضی بیمه:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

تاریخ تکمیل: