

LAF064

بیمه سامان



تجدید نظر: 04

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما

صفحه: ۱ از ۳

در قبال کارکنان پروژه‌های عمرانی

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

شخص حقوقی	شخص حقیقی
نام (مؤسسه، شرکت، سازمان):	نام و نام خانوادگی:
دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> تعاونی <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد: ۱۳ / /
تاریخ تأسیس: ۱۳ / /	شماره ملی (الزامی است):
شماره ثبت:	سابقه کار در حرفه‌ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید:
شناسه ملی/ کد اقتصادی (الزامی است):

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:

محل و نشانی اجرای پروژه:

شماره قرارداد/پیمان:

حداکثر تعداد کارکنان ثابت و دائمی بیمه‌گذار و پیمانکاران فرعی: نفر

حداکثر تعداد کارکنان متغیر بیمه‌گذار و پیمانکاران فرعی: نفر

اسامی عوامل اجرایی و تعداد کارکنان آنان که می‌خواهند تحت پوشش این بیمه‌نامه قرارگیرند را در جدول ذیل بنویسید:

نام و مشخصات عوامل اجرایی: تعداد کارکنان:

تبصره: در صورت عدم ارائه مشخصات عامل یا عوامل اجرایی خود، کارکنان آنان تحت شمول این بیمه‌نامه واقع نمی‌شوند.

خسارات احتمالی از محل پوشش این بیمه‌نامه 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 ۱۳ از قانون بیمه و به نسبت نفرت بیمه‌شده با نفرت زمان وقوع حادثه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تذکر: در صورتیکه حداکثر نیروی کار اظهار شده از سوی بیمه‌گذار ۵٪ افزایش یابد خسارات احتمالی بدون اعمال قاعده نسبی قابلیت رسیدگی دارد.

تعداد شیفت کاری در شبانه روز:

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:

آیا امکان ارائه اسامی کارکنان وجود دارد؟ بلی خیر

در صورتیکه پاسخ مثبت است، لطفاً اسامی کارکنان را اعلام نمائید.

.....

.....

.....

در صورتی که امکان ارائه اسامی کارکنان وجود ندارد بیمه گذار می بایست محل مورد بیمه (محل اجرای کار) را ۲۴ 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

۱. 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:

۲. آیا در محیط کار مورد بیمه واحد HSE (ایمنی در کار) مستقر میباشد؟ بلی خیر

۳. وسایل ایمنی مورد استفاده کارکنان در کارگاه عبارتند از:

ماسک دستکش کفش عینک

کلاه کمربند سایر:

۴. آیا وسایل کمک‌های اولیه در محل مورد بیمه وجود دارد؟ بلی خیر

۵. 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 ۲۴ روز / / ۱۳ تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳

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	

LAF064

بیمه سامان



تجدید نظر: 04

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما

صفحه: ۳ از ۳

در قبال کارکنان پروژه‌های عمرانی

 بلی خیر

۱- پوشش حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری

 بلی خیر

۲- پوشش جبران هزینه‌های پزشکی

 بلی خیر

۳- پوشش تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی

حداکثر غرامت مالی برای هر نفر:

حداکثر غرامت مالی در طول مدت بیمه: ریال

 بلی خیر

۴- پوشش مسئولیت بیمه‌گذار در قبال اشخاص ثالث

 بلی خیر

۵- پوشش بیمه‌ای افزایش ریالی دیه

 بلی خیر

۶- پوشش تعدد دیات و دیات غیر مسری

 بلی خیر

۷- پوشش مأموریت‌های خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان

اسامی مأمورین: ۱- ۲- ۳- ۴-

(ارائه اسامی مأموران در زمان صدور بیمه‌نامه و یا ۲۴ ساعت قبل از اعزام به مأموریت الزامی است در غیر اینصورت خسارت احتمالی وارد

به آنان تحت شمول این بیمه‌نامه نمی‌باشد)

 بلی خیر

۸- پوشش مسئولیت مجری ذیصلاح ساختمان

 بلی خیر

۹- پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه‌نامه

 بلی خیر

۱۰- پوشش غرامت دستمزد روزانه

 بلی خیر

۱۱- پوشش هزینه‌های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی

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 می‌باشد 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.

- خسارت مربوط به کارکنان با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می‌باشد که دارای اقامت با حق کار مشخص و معتبر بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.

** 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