



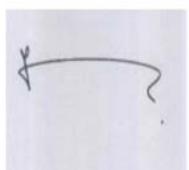


جهت ضمیمه :

شماره صفحه	شماره تجدید نظر	تاریخ	شرح تغییرات
کلیه - 1 - -	00	1395/02/04	صدر اولیه
کلیه - 1 - -	01	1395/07/11	اصلاحات در متن شیفت کاری، اضافه نمودن کلوز شماره 16 و اصلاح متن کلوز 17 و حذف توضیح اضافی کلوز 17، حذف آیتم های مربوط به حداکثر مطالبات سازمان تامین اجتماعی با سازمان خدمات درمانی از بیمه گذار از قسمت تعهدات مورد درخواست بیمه گذار
صفحه 3و2	02	1396/12/02	اضافه شدن موارد مربوط به تغییر محل مورد بیمه در مدت اعتبار بیمه نامه، حذف «حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه در ماههای حرام» از پوشش ها و تعهدات، حذف عبارت «در ماههای عادی» از پوشش «حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه در ماههای عادی»، تغییر پوشش تکمیلی شماره 4 بصورت «در راستای انجام فعالیت اصلی موضوع بیمه آیا نمایل دارید مسئولیت پیمانکاران فرعی در مقابل کارکنان خود تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرد»، تغییر پوشش تکمیلی شماره 9 بصورت «بکارگیری کارکنان در مشاغل غیر تخصصی ولی مرتبط با فعالیت اصلی موضوع بیمه»، اضافه شدن پوشش های تکمیلی 13، 14، 15 و 16.
صفحه 3و2	03	1397/04/23	حذف پوشش شماره 13 (پوشش اهمال و قصور غیر عمدی کارکنان بیمه گذار به سایر کارکنان بیمه گذار) و حذف آیتم «ماراد بر تعهدات بیمه نامه اجباری شخص ثالث اتومبیل» از پوشش شماره 3 پوشش های تکمیلی
صفحه 1	04	1397/08/14	اضافه شدن آدرس محل مورد بیمه.
کلیه - 1 - -	05	1400/01/25	اضافه شدن فیله های جدید به پوشش های تکمیلی، وضعیت ایمنی محیط کار، مشخصات عمومی مورد بیمه و تغییر محتوای آن ها

تصویب کننده	تایید کننده			تهیه کننده/بازنگری کننده
سیاوش بنداریان زاده	فرزاد فروغی	مهدي فلاح	نگین فیروز	علی صرفی
				
1400/01/28	1400/01/28	1400/01/26	1400/01/26	1400/01/26

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

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

نشانی و اقامتگاه قانونی بیمه‌گذار: .....

تلفن ثابت: ..... تلفن همراه: ..... دور نگار: ..... کد پستی: .....

نشانی کارگاه (مکان فعالیت): .....

آیا تا کنون بیمه‌نامه مسئولیت برای پروژه‌های خریداری نموده‌اید؟  خیر  بلی

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؟  خیر  بلی

در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید. ....

مشخصات عمومی مورد بیمه

موضوع فعالیت: .....

تعداد کارکنان ثابت و دائمی بیمه‌گذار (در صورت نیاز به تفکیک نوع درج شود):

۱- ..... نفر

۲- ..... نفر

۳- ..... نفر

۴- ..... نفر

تعداد کارکنان متغیر بیمه‌گذار: حداقل ..... نفر حداکثر: ..... نفر

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

نام و مشخصات عوامل اجرایی: ..... تعداد کارکنان: .....

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

تذکره: در مواردیکه تعداد کارکنان واقعی حداکثر تا ۵ درصد نسبت به تعداد کارکنان اظهار شده افزایش یابد اعمال قاعده نسبی نفرات بر روی خسارت منتفی می‌باشد ولیکن افزایش تعداد کارکنان واقعی بیش از درصد ذکر شده باشد قاعده سبی نفرات اعمال خواهد شد.

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

آیا کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی می‌باشند؟  بلی  خیر

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      سایر خطرات: .....

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

\* چنانچه محرز شود خسارت واقع شده به دلیل عدم رعایت مقررات مصوب شورای عالی حفاظت فنی در خصوص ایمنی و سلامت کارکنان موضوع ماده ۹۱ قانون کار رخ داده است، بیمه‌گر می‌تواند حسب مورد تا ۱۰ درصد فرانشیز اعمال کند.

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

- ماسک       دستکش       کفش       عینک  
 کلاه       کمر بند      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 بیمه نامه

مدت بیمه‌نامه: ..... روز. تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز ..... / ..... / ۱۳..... تا تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴ روز ..... / ..... / ۱۳.....

پوشش‌ها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

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 بیمه نامه	.....

پوشش‌های تکمیلی

- 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      بلی       خیر   
 حداکثر غرامت مالی برای هر نفر: ..... ریال  
 حداکثر غرامت مالی در طول مدت بیمه: ..... ریال  
 ۴- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث      بلی       خیر   
 ۵- پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه      بلی       خیر   
 ۶- پوشش تعدد دیات و دیات غیر مسری      بلی       خیر

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال

کارکنان صنعتی، خدماتی و بازرگانی

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

اسامی مامورین: ۱- ..... ۲- ..... ۳- ..... ۴- .....

(ارائه اسامی ماموران در زمان صدور بیمه نامه و یا ۲۴ ساعت قبل از اعزام به مأموریت الزامی است در غیر اینصورت خسارت احتمالی وارد به آنان تحت شمول این بیمه نامه نمی باشد)

۸- پوشش مسئولیت مجری ذیصلاح ساختمان بلی  خیر

۹- پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه نامه بلی  خیر

۱۰- پوشش غرامت دستمزد روزانه بلی  خیر

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

چنانچه خواسته ای مزاد بر موارد فوق الذکر 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