

جهت ضمیمه :

شماره صفحه	شماره تجدید نظر	تاریخ	شرح تغییرات
کلیه - ۱ - -	00	1394/10/01	صدور اولیه
کلیه - ۱ - -	01	1395/07/11	اصلاح متن شیفت کاری و حذف نو صیح کلوز 10 و ایجاد کلوز، حذف آیتم های مربوط به حداکثر مطالبات سازمان تامین اجتماعی یا سازمان خدمات درمانی از بیمه گذار از قسمت تعهدات مورد درخواست بیمه گذار
کلیه - ۱ - -	02	1396/11/28	افزافه 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»، اضافه شدن « حشرات و گیاهان سمی» به پوشش تکمیلی شماره 5، تغییر پوشش تکمیلی شماره 9 به صورت « بکارگیری کارکنان در مشاغل غیر تخصصی ولی مرتبط با فعالیت اصلی موضوع بیمه» اضافه شدن پوشش های تکمیلی 15 و 16
صفحه 1 و 3	03	1397/08/14	حذف پوشش شماره 15 ( پوشش اهمال و قصور غیر عمدی کارکنان بیمه گذار به سایر کارکنان بیمه گذار)، حذف آیتم «مازاد بر تعهدات بیمه نامه اجباری شخص ثالث اتومبیل» از پوشش شماره 3 پوشش های تکمیلی و اضافه شدن آدرس محل مورد بیمه.
1 و 3	04	1400/01/24	افزافه شدن اسامی و تعداد عوامل اجرایی، اضافه شدن فیلدهای جدید به بخش پوشش های تکمیلی
1 و 3	05	1400/03/06	حذف بند عدم پوشش خسارت زیان دیدگان با تابعیت غیر ایرانی که دارای اقامت با حق کار مشخص و معتبر و پروانه کار نیستند، حذف پوشش تکمیلی مسئولیت مجری ذصلاح ساختمان

تهیه کننده/بازنگری کننده	تایید کننده	تصویب کننده
علی صرفی	مهدي فلاح	سیاوش بنداریان زاده
		
1400/03/08	1400/03/19	1400/03/22

LAF۰۶۴

بیمه سامان



تجدید نظر: ۰۵

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما

صفحه: ۱ از ۳

در قبال کارکنان پروژه‌های عمرانی

## مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

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

نشانی بیمه گذار: .....

تلفن ثابت: ..... تلفن همراه: ..... دورنگار: ..... کد پستی: .....

نشانی محل مورد بیمه: .....

تلفن ثابت: ..... تلفن همراه: ..... دورنگار: ..... کد پستی: .....

آیا تا کنون بیمه‌نامه مسئولیت برای پروژه‌های 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 بیمه گذار و پیمانکاران فرعی: ..... نفر

حداکثر تعداد کارکنان متغیر بیمه گذار و پیمانکاران فرعی: ..... نفر

اسامی عوامل اجرایی و تعداد کارکنان آنان که می خواهند تحت پوشش این بیمه نامه 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 بیمه نامه واقع نمی شوند.

خسارات احتمالی از محل پوشش این بیمه نامه 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 نفرات بیمه‌شده با نفرات زمان وقوع حادثه محاسبه و پرداخت خواهد شد

تذکره: در صورتیکه حداکثر نیروی کار اظهار شده از سوی بیمه گذار 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  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 بیمه‌نامه**

مدت بیمه‌نامه: ..... روز تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۴ تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۴

**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	

## 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 تأمین اجتماعی  
حداکثر غرامت مالی برای هر نفر: ..... ریال  
حداکثر غرامت مالی در طول مدت بیمه: ..... ریال
- ۴- پوشش مسئولیت بیمه‌گذار در قبال اشخاص ثالث  بلی  خیر
- ۵- پوشش بیمه‌ای افزایش ریالی دبه  بلی  خیر
- ..... سال ۱  ..... سال ۲  ..... سال ۳
- ۶- پوشش تعدد دیات و دیات غیر مسری  بلی  خیر
- ۷- پوشش مأموریت‌های خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان  بلی  خیر
- 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)
- 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  بلی  خیر

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.

\*\* 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