



## پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان

### مشخصات عمومی :

نام کامل شخص ، موسسه یا شرکت پیشنهاد دهنده حقیقی  حقوقی  :  
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 ؟  
 بلی  خیر  
در صورت پاسخ مثبت نام شرکت بیمه و شماره بیمه نامه را قید فرمایید :

### 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  صرفا نصب اسکلت  انجام نمای ساختمان   
نوع اسکلت :  بتونی  فلزی  
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 .   
\* 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 ..... حداکثر ..... نفر  
تعداد نوبت کاری ( شیفت )   
\* آیا در خارج از ساعت کار موظف ، اضافه کاری صورت می پذیرد ؟  
 بلی  خیر  
\* توجه : چنانچه انجام کار بصورت شیفتی باشد بایستی مجموع نیروی کار در چند شیفت در قسمت تعداد نیروی کار درج گردد .  
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><b>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:</b></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. <input type="checkbox"/></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. <input type="checkbox"/></p>
<p>کلوز ۷- پوشش بیمه ای مسئولیت مهندسين ناظر یا مشاور . <input type="checkbox"/></p> <p>* این پوشش صرفاً مشمول خسارت جانی می‌باشد. <input type="checkbox"/></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 . * 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 ) . در صورت پاسخ مثبت : <input type="checkbox"/> یک بار <input type="checkbox"/> دو بار <input type="checkbox"/> سه بار <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
کلوز ۱۴- پوشش بیمه ای مربوط به پرداخت غرامت دستمزد روزانه کارکنان ناشی از حوادث مورد بیمه . * حداکثر غرامت دستمزد روزانه کارکنان به ازاء هر روز برای هر نفر مبلغ ..... ریال . <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
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 . توجه : منظور از فعالیت غیر مرتبط کلیه امور اعم از جزئی و کلی است که خارج از فرآیند شرح کار مورد بیمه می باشد . <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
* 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
<b>مدت بیمه و حداکثر پوشش مورد درخواست :</b>
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 :