

LAF064	بیمه سامان	
تجدید نظر : 03	فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما	
صفحه : ۱ از ۴	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 : ۱۳ / /	دولتی ☐ خصوصی ☐ تعاونی ☐
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 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؟ ☐ 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 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

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 نفرا ت بیمه‌شده با نفرا ت 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؟ ☐ خیر ☐ بلی

آیا کارکنان در تعطیلات رسمی نیز کار می کنند؟ ☐ خیر ☐ بلی

LAF064	بیمه سامان	
تجدید نظر : 03	فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما	
صفحه : ۲ از ۴	در قبال کارکنان پروژه های عمرانی	

در صورتی که محل مورد بیمه در طی مدت اعتبار بیمه نامه تغییر می کند، به سوالات زیر پاسخ دهید :

بلی ☐ خیر ☐

آیا امکان ارائه اسامی کارکنان وجود دارد؟

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 کمک های 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 بیمه نامه : روز. تاریخ شروع : از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳ تاریخ انقضاء : از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳

پوشش ها 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	

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما
در قبال کارکنان پروژه‌های عمرانی

LAF064

تجدید نظر : 03

صفحه : ۳ از ۴

پوشش‌های تکمیلی

۱. محل اقامت موقت و استراحتگاه موقت، اماکن وابسته به کارگاه نظیر رستوران، حمام و سالن ورزشی (خارج از محدوده مکانی تحت پوشش بیمه‌نامه) بلی ☐ خیر ☐ با ذکر نشانی
۲. مأموریت‌های خارج از محوطه کارگاه به استثناء حوادث وسیله نقلیه موتوری بلی ☐ خیر ☐
(ارائه نام افراد مأمور در زمان صدور بیمه‌نامه و یا ۲۴ ساعت قبل از اعزام به مأموریت الزامی است)
۳. آیا مایل هستید خسارت‌های بدنی وارد به کارکنان در اثر حوادث وسیله نقلیه موتوری زمینی مشروط به احراز مسئولیت بیمه گذار و به صورت «پوشش با تعهدات کامل وسیله نقلیه موتوری زمینی» تحت پوشش این بیمه‌نامه قرار گیرد؟ بلی ☐ خیر ☐
۴. مسئولیت مهندسین ناظر و مشاور اجرایی بلی ☐ خیر ☐
۵. صدمات جسمانی وارد به کارکنان بیمه‌گذار ناشی از هر نوع حمله حیوانات وحشی و همچنین هر نوع گزیدگی حیوانات، حشرات و گیاهان سمی بلی ☐ خیر ☐
۶. حمل، جابجایی و کاربرد مواد ناریه بلی ☐ خیر ☐
۷. چگونگی پرداخت غرامت‌های فوت و نقص عضو را مشخص نمایید :
پرداخت خسارت صرفاً با رأی دادگاه ☐ پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه و با احراز مسئولیت بیمه‌گذار از سوی بیمه‌گر ☐
۸. مایل هستید هزینه‌های پزشکی به چه شکلی پرداخت شوند؟
طبق تعرفه وزارت بهداشت ☐ بدون اعمال تعرفه و صرفاً بر اساس صورتحساب‌های مراکز درمانی ☐
۹. خسارت جانی وارد به اشخاص ثالث ناشی از مسئولیت مستقیم شخص بیمه‌گذار در محدوده مکانی و یا در مجاورت محدوده مکانی مورد بیمه (این پوشش اضافی تا سقف ۲ نفر را تحت پوشش قرار خواهد داد) بلی ☐ خیر ☐
۱۰. پوشش هزینه‌های کارشناسی و دفاع از بیمه‌گذار بلی ☐ خیر ☐
پوشش هزینه‌های وکالت از -/۱۰۰۰٫۰۰۰ ریال تا -/۵۰٫۰۰۰٫۰۰۰ ریال (لطفاً سرمایه مورد نظر خود را تعیین نمایید)
بلی ☐ سقف سرمایه ریال ☐ خیر ☐
۱۱. بکارگیری کارکنان در مشاغل غیر تخصصی اما مرتبط با فعالیت اصلی موضوع بیمه بلی ☐ خیر ☐
۱۲. مسئولیت متقابل کارکنان در قبال یکدیگر بلی ☐ خیر ☐
۱۳. پوشش جبران هزینه انتقال مصدوم بلی ☐ خیر ☐
۱۴. پوشش جبران هزینه انتقال متوفی بلی ☐ خیر ☐
۱۵. پوشش اضافی ایاب و ذهاب کارکنان بلی ☐ خیر ☐
۱۶. آیا مایل هستید مطالبات سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی (موضوع تبصره یک ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی) بابت مستمری کارکنان نیز تحت پوشش قرار گیرد؟ بلی ☐ (لطفاً سرمایه مورد درخواست خود را مشخص فرمایید) برای هر نفر
ریال و در طول مدت بیمه ریال. ☐ خیر ☐
۱۷. آیا تمایل دارید افزایش تعداد کارکنان در طول اعتبار مدت بیمه‌نامه تا سقف ۲۰٪ حداکثر نیروی اظهارشده در این پرسشنامه تحت پوشش بیمه‌نامه قرار گیرد : بلی ☐ خیر ☐
۱۸. آیا مایل هستید شخص بیمه‌گذار تحت پوشش بیمه‌نامه قرار گیرد. (این پوشش اضافی صرفاً بابت بیمه‌گذاران حقیقی بوده و تحت شمول شرایط بیمه حوادث موضوع آیین نامه ۸۴ شورای عالی بیمه می باشد) بلی ☐ خیر ☐
۱۹. مسئولیت بیمه گذار در قبال خسارت بدنی وارد به کلیه عوامل اجرائی از قبیل پیمانکاران فرعی (که دارای قرارداد مکتوب با بیمه گذار هستند)، کارکنان پیمانکاران فرعی، مهندسین ناظر و مشاور طرف قرارداد با بیمه گذار(صرفاً در محل اجرای پروژه) بلی ☐ خیر ☐

LAF064

بیمه سامان



تجدید نظر : 03

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما

صفحه : ۴ از ۴

در قبال کارکنان پروژه‌های عمرانی

در بررسی خسارات احتمالی از محل پوشش این بیمه‌نامه در صورتیکه اثبات گردد تعداد کارکنان کلی اظهار شده از سوی بیمه‌گذار کمتر از تعداد واقعی کارکنان شاغل در محل پروژه باشند. خسارت با رعایت ماده ۱۳ قانون بیمه و اعمال قاعده نسبی حق بیمه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

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 کارمند شخص 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