

پرسشنامه بیمه مسؤلیت مدنی کارفرما در مقابل کارکنان

با توجه به اینکه بیمه نامه بر اساس اطلاعات مندرج در این پرسشنامه صادر می گردد، خواهشمند است نسبت به ارائه پاسخ صحیح و دقت کافی در تکمیل آن، اقدام نمائید.

الف (مشخصات عمومی :

نام پیشنهاد دهنده (حقیقی <input type="radio"/> حقوقی <input type="radio"/>):	نام بیمه گذار(حقیقی <input type="radio"/> حقوقی <input type="radio"/>):
تاریخ پیشنهاد :	تلفن ثابت:
تلفن همراه:	تلفن همراه:
کد ملی/شناسه ملی:	تاریخ تولد:
نام معرف: نمایندگی / کارگزار:	نشانی بیمه گذار/ پیشنهاد دهنده (به صورت کامل):
کد پستی:	پست الکترونیکی:

توجه: پیشنهاد دهنده می بایست شخصی باشد که دارای مجوز از مراجع ذیصلاح بوده (بیمه نامه صرفاً بنام بیمه گذار صادر می گردد).

آیا تاکنون خسارتی ناشی از مسؤلیت بیمه گذار جهت فعالیت مورد بیمه، توسط مراجع قضایی کشور، اعلام شده است؟ لطفاً، تعداد و مبالغ پرداختی را ذکر فرمائید:

آیا بیمه گذار در حال حاضر و یا در سالهای قبل فعالیت مورد بیمه، سابقه بیمه ای دارد؟ نزد کدام شرکت بیمه؟

ب (پرسشهای عمومی: در مورد کار و موضوع فعالیت پیشنهاد دهنده :

۱- چنانچه نوع فعالیت، واحد های صنعتی، تولیدی، خدماتی می باشد موارد زیر را مشخص فرمائید:

توجه: در صورتی که بیمه گذار دارای شریک، ذینفع و یا نماینده قانونی باشدو یا تغییری اعمال شود. مراتب به صورت کتبی می بایست اعلام گردد.

موضوع فعالیت مورد بیمه: (در صورت دارا بودن اطلاعات تفکیکی کارکنان(نوع فعالیت پرسنل)و تعداد به تفکیک ذکر شود).

شرح دقیق فعالیت مورد بیمه:

نشانی دقیق محل فعالیت(به طور کامل):

در صورتیکه نشانی محدوده فعالیت به صورت دقیق و کامل مشخص نمی باشد (سیار می باشد)محدوده کار اعلام و ارسال لیست اسامی کارکنان در هنگام صدور بیمه نامه الزامی می باشد. بیمه نامه به صورت با نام صادر می گردد .

آیا کار در ارتفاع و یا خطر انفجار جهت فعالیت وجود دارد؟ توضیح دهید.

آیا همه کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی می باشند؟ توضیح دهید.

آیا در ایام تعطیل فعالیت کاری انجام میگردد؟ توضیح دهید.

آیا فعالیت کاری در شب انجام میگردد؟ توضیح دهید.

ساعات کاری فعالیت را ذکر نمائید.

تعداد کارکنان ثابت و دائمی:نفر.

تعداد کارکنان قراردادی و پیمانی: حداقل.....نفر حداکثر.....نفر .

تعداد کارکنان روزمزد: حداقل.....نفر حداکثر.....نفر.

۲- چنانچه نوع فعالیت، اجرای پروژه عمرانی می باشد موارد زیر را مشخص فرمائید :

توجه: در صورتی که بیمه گذار دارای شریک، ذینفع و یا نماینده قانونی باشد یا تغییری اعمال شود. مراتب به صورت کتبی می بایست اعلام گردد.

نام صاحب کار:

موضوع پروژه یا قرارداد:

شرح تفصیلی کار و روشهای اجرای آن:

نشانی دقیق محل پروژه (با جزئیات کامل):

آیا همه کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی می باشند؟ توضیح دهید.

آیا در ایام تعطیل فعالیت کاری انجام میگردد؟ توضیح دهید.

آیا فعالیت کاری در شب انجام میگردد؟ توضیح دهید.

ساعات کاری فعالیت را ذکر نمایید.

تعداد کارکنان ثابت و دائمی:نفر.

تعداد کارکنان قراردادی و پیمانی: حداقل.....نفر حداکثر.....نفر.

تعداد کارکنان روزمزد: حداقل.....نفر حداکثر.....نفر.

۳- چنانچه نوع فعالیت، پروژه ساختمانی می باشد موارد زیر را مشخص فرمائید :

توجه: در صورتی که بیمه گذار دارای شریک، ذینفع و یا نماینده قانونی باشد یا تغییری اعمال شود. مراتب به صورت کتبی می بایست اعلام گردد.

نشانی دقیق پروژه(به طور کامل):

تاریخ صدور پروانه:

شماره پروانه ساختمان:

کل مساحت بنای قابل احداث در پروانه ساختمان: متر مربع نوع اسکلت: بتونی فلزی سایر

مرحله پیشرفت فیزیکی پروژه: تخریب واحداث بنا گود برداری فونداسیون سفت کاری نازک کاری

نصب اسکلت اجرای نمای ساختمان

توجه: تعریف و منظور از عوامل اجرایی: عوامل اجرایی به مجریان ، افراد صنفی و پیمانکاران اعم از اصلی و فرعی گفته می شود که به اذن بیمه گذار/ نماینده/ جانشین یا وکیل تام الاختیار وی در راستای فعالیت تحت پوشش بیمه در کارگاه (مکان فعالیت) مندرج در بیمه نامه فعالیت می کنند. (عوامل اجرایی شامل: پیمانکاران اصلی و فرعی و مهندسیین ناظر و طراح و محاسب و مشاور و مجری ذیصلاح می باشند.)

۴- لطفاً در صورت انجام فعالیت مورد بیمه، بصورت شیفت ، تعداد نوبت کاری را مشخص فرمایید.

تعداد نوبت کاری(شیفت):.....

۵- آیا مایل هستید صدمات وارد به کارکنان ناشی از وسایل نقلیه موتوری را بیمه نمایید: بلی خیر

۶- آیا مایل هستید هزینه های پزشکی موضوع این بیمه نامه رادر صورتیکه مطابق با رای مراجع قضایی محکوم به پرداخت آن نشده باشید، بر اساس صورتحساب های معتبر ارائه شده توسط بیمه گر پرداخت گردد. بلی خیر

۷- آیا مایل هستید مسئولیت شما در رابطه با خسارتهای جانی درقبال اشخاص ثالث درخصوص این پروژه در محل کارگاه (مکان فعالیت) نیز تحت پوشش قرار گیرد: بلی خیر

۸- آیا مایل هستید بیمه گر ما به التفاوت افزایش ریالی دیه هر سال را علاوه بر میزان تعهدات خریداری شده در بیمه نامه را پرداخت نماید. بلی خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ تعداد سال را مشخص فرمائید: یک بار(یکسال) دوبار(دو سال) سه بار (سه سال)

۹- آیا مایل هستید صدمات بدنی وارد به کارکنان، حین انجام ماموریت های خارج از کارگاه (مکان فعالیت)را بیمه نمایید :

بلی خیر

کارکنانی برای ماموریتهای خارج از کارگاه تحت پوشش بیمه می باشند که اسامی آنها بطور کتبی توسط بیمه گذار اعلام گردد. توضیح: مسئولیت کارفرما در رابطه با حوادث ناشی از وسائط نقلیه موتوری در رابطه با ماموریتهای خارج از کارگاه مشمول بیمه نمی باشد. مگر اینکه بیمه گذار کلوز مربوطه (وسائط نقلیه موتوری) را خریداری نموده باشد.

۱۰- آیا مایل هستید مسئولیت مجری ذیصلاح ساختمان در قبال خسارت های وارد به کارکنان پروژه های ساختمانی تحت پوشش باشد. بلی خیر

۱۱- آیا مایل هستید افزایش کارکنان تا ۲۰ درصد (در صورت عدم اظهار بیمه گذار در زمان صدور بیمه نامه) نیز تحت پوشش قرار گیرد؟ بلی خیر

۱۲- آیا مایل هستید صرفاً پرداخت مستمری موضوع تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی که ناشی از حادثه منجر به فوت و یا از کارافتادگی کارکنان باشد، با پرداخت یکجای مطالبات وفق تبصره مذکور، تحت پوشش باشد. بلی خیر
سرمایه مورد درخواست برای هر نفر ریال و در طول مدت بیمه نامه ریال.

۱۳- آیا مایل هستید مسئولیت شما در ارتباط با غرامت دستمزد روزانه کارکنان ناشی از حوادث تحت پوشش، مشروط به اینکه به موجب رای مراجع ذیصلاح، ملزم به پرداخت و جبران خسارت شده باشید، به ازای هر روز معادل دستمزد روزانه آنها پرداخت گردد. بلی خیر
حداکثر تعهد بیمه گر بابت دستمزد روزانه هر نفر از مبلغ ریال تجاوز نخواهد کرد.

۱۴- آیا مایل هستید هزینه دستمزد کارشناسی مطابق تعرفه کانون کارشناسان رسمی دادگستری تحت پوشش باشد. بلی خیر
حداکثر تعهد بیمه گر در طول مدت قرارداد از مبلغ ریال تجاوز نخواهد کرد.

۱۵- آیا مایل هستید مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان عوامل اجرایی تحت پوشش قرار گیرد؟ بلی خیر
تعداد ضریب نیروی کار عوامل اجرایی ----- نفر

توضیح: در صورت انتخاب کلوز مذکور، اعلام تعداد کارکنان عوامل اجرایی، کارکنان مهندسین ناظر، کارکنان مشاور، کارکنان طراح، کارکنان محاسب و کارکنان مجری ذیصلاح الزامیست و در مجموع ضریب نیروی کار بیمه نامه اعمال می گردد.

۱۶- آیا مایل هستید مسئولیت بیمه گذار در قبال شخص عوامل اجرایی تحت پوشش قرار گیرد؟ بلی خیر

ج) مدت بیمه و حداکثر پوشش های بیمه ای مور درخواست :

مدت بیمه :	ماه از ساعت ۲۴ روز :	تا ساعت ۲۴ روز :
- لطفاً میزان سرمایه های مورد نظر را مشخص فرمائید:		
۱- هزینه پزشکی برای هر نفر:		ریال
۲- حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه :		ریال
۳- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماههای عادی :		ریال
۴- غرامت فوت برای هر نفر در ماه های حرام :		ریال
۵- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای طول مدت بیمه :		ریال
۶- حداکثر غرامت تعدد دیات و دیات غیر مسری برای طول مدت بیمه نامه:		ریال

بدینوسیله اعلام می دارد کلیه اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و موافقت می دارد که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

امضاء پیشنهاد دهنده/امضاء بیمه گذار

تاریخ :