



شرکت بیمه کوثر

(سهامی عام)

پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی

کارفرما در مقابل کارکنان طرح جامع (تمام خطر خاص) تجاری، خدماتی، صنعتی، بازرگانی

نام بیمه گذار (حقیقی/حقوقی) تاریخ تولد: کد ملی: شناسه ملی:
 کد اقتصادی: شماره ثبت: تلفن ثابت: تلفن همراه: نامبر:
 نشانی شرکت / دفتر:

فعالیت های تولیدی - صنعتی - بازرگانی - فنی :
 نوع فعالیت (کلی):

شرح فعالیت کاری با ذکر توضیحات :

تعداد نیروی کار بیمه گذار (ثابت و متغیر) (در صورت داشتن نیروی متغیر، تعداد حداقل صفر نیست و از ۵۰ درصد تعداد حداکثر نباید کمتر باشد)

۱- تعداد کارکنان ثابت (تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی):

۲- تعداد کارکنان متغیر شامل موارد ذیل :

الف) (قراردادی، روزمزد): حداقل حداکثر:

ب) اتباع بیگانه: حداقل حداکثر:

جمع کل براساس اطلاعات فوق جهت محاسبه حق بیمه : تعداد کارکنان ثابت تعداد کل کارکنان متغیر: حداقل حداکثر:

شرح وظایف نیروی کار ثابت و متغیر قراردادی و پیمانکاری به تفکیک تعداد اعلام شده :

نشانی محل فعالیت و تلفن :

مدت بیمه از ساعت ۲۴ روز الی ساعت ۲۴ روز تعداد شیفت :

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 برای کلیه کارگران در طول مدت بیمه در مدت بیمه

حداکثر پرداخت هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه ۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال (معادل ۱۲۰ میلیون تومان هزینه پزشکی دوم به شرح توضیحات شرایط پوشش های تکمیلی طرح جامع)

حداکثر پرداخت هزینه های پزشکی برای کلیه کارگران در طول مدت بیمه

عنوان پوشش های بسته طرح جامع (تمام خطر خاص) - براساس توضیحات و شرایط ذکر شده در بیمه نامه صادره که باید مطالعه شود- در پیشنهاد فقط کلیات عنوان شده است.

۱) حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری (۲) جبران هزینه های پزشکی (۳) تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی (یک میلیارد و پانصد میلیون تومان) [۴] مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث (۵) پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه (۶) تعدد دیات و دیات غیرمستمری [۷] مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان (۸) پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد (۹) غرامت دستمزد روزانه (۱۰) مسئولیت متقابل کارکنان نسبت به یکدیگر (۱۱) مسئولیت بیمه گذار در برابر پیمانکاران اصلی و فرعی (عوامل اجرایی) طرف قرارداد و مهندسین ناظر و مشاور، طراح، مجری (۱۲) مسئولیت بیمه گذار در برابر کارکنان پیمانکاران اصلی و فرعی طرف قرارداد و مهندسین ناظر و مشاور، طراح، مجری (۱۳) مسئولیت پیمانکاران (عوامل اجرایی) در برابر کارکنان خود (۱۴) مسئولیت پیمانکاران فرعی، مهندسین ناظر، مشاور، طراح در برابر کارکنان بیمه گذار (۱۵) مسئولیت مشترک بیمه گذار و کارفرمای اصلی در برابر کارکنان مصدوم (۱۶) مسئولیت کارفرما در برابر حوادث جانی به اتباع بیگانه ۱۹-۱۸-۱۷) پوشش های سه گانه طرح حامی شامل هزینه و کالت، دادرسی، کارشناس دادگستری (۲۰) خسارات وارد به پرسنل و نگهبان بیمه گذار در کلیه اماکن وابسته (۲۱) پوشش حوادث ناشی از ارجاع کار غیر مرتبط به صورت مقطعی و موقت (۲۲) پوشش حوادثی که ارتباطی با نوع فعالیت بیمه شده ندارند (۲۳) پوشش حمله حیوانات وحشی و گزند (۲۴) پوشش جبران هزینه انتقال مصدوم (۲۵) پوشش جبران هزینه انتقال متوفی (۲۶) پوشش بیمه ای پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه (توافقی) (۲۷) در صورت پرداخت غرامت نقص عضو و دیه، بیمه گر مطابق شرایط و تعهدات بیمه نامه نسبت به جبران هزینه های پزشکی نیز اقدام می نماید. (۲۸) عدم اعمال درصد احوال و قصور کارکنان شاغل در پروژه بابت پرداخت هزینه های پزشکی (۲۹) پرداخت هزینه های پزشکی شده توسط بیمه گذار در وجه بیمه گذار طبق شرایط (۳۰) عدم اعمال فرانشیز ماده ۱۰ موضوع ماده ۹۱ قانون کار (۳۱) محدوده زمانی ۲۴ ساعت شبانه روز و همه روزه، شامل ایام تعطیل می باشد (۳۲) رفع استثنای خاص طبق شرایط توصیفی (۳۳) پوشش خاص حوادث خارج کارگاه (۳۴) پوشش حوادث وسایل نقلیه داخل کارگاه (۳۵) جبران غرامت دیه شخص مدیرعامل در جایگاه کارکنان بیمه گذار حقوقی (۳۶) پوشش جبران فوت (حوادث انفرادی) بیمه گذار حقیقی یا اعضای هیئت مدیره (بیمه گذار حقوقی) (۳۷) پوشش بدون نام (۳۸) هزینه پزشکی دوم- یعنی مجموع هزینه پزشکی پایه و هزینه پزشکی دوم طبق شرایط بیمه نامه تا سقف ۱.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال برای هر نفر (۳۹) پوشش خاص بعضی مواد قانون کار و ...

بدینوسیله اعلام می دارم که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد صحیح بوده و هیچ گونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است. لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه، فسخ و جزو لاینفک آن قرار گیرد و همچنین آگاهی دارم در صورت کتمان تعداد واقعی نیروی کار شرکت بیمه گر طبق شرایط عمومی بیمه نامه براساس قاعده نسبی پرداخت نمی کند و عدم پرداخت حق بیمه و یا عدم وصول هر کدام از اقساط بیمه نامه تعهدات بیمه گر را به حالت تعلیق در می آورد و شرکت بیمه گر هیچ گونه تعهدی جهت جبران خسارت در زمان تعلیق نخواهد داشت و همچنین بیمه گر مجاز خواهد بود در صورت عدم پرداخت حق بیمه در سررسید اعلام شده بیمه نامه را با استناد به این پیشنهاد و اطلاعی که در این قسمت پیشنهاد به بیمه گذار داده است: بیمه نامه را یکطرفه فسخ و حق بیمه مربوطه تا زمان اعتبار بیمه نامه براساس تعرفه کوتاه مدت طبق شرایط بیمه نامه اخذ نماید. ذکر عنوان تمام خطر در بیمه نامه مسئولیت طرح جامع تمام خطر خاص شامل تمام خطراتی می شود که بیمه گر بر اساس تحقیق میدانی و تجربیات حاصله و بررسی ریسک های خطر شناسائی کرده است و با توجه به خسارت هایی که ممکن است برای بیمه گذار ایجاد شود در پوشش های ذکر شده توضیح داده است بنابراین تعهدات بیمه گر فقط در چارچوب تعهدات ذکر شده در این بیمه نامه و براساس شرایط خصوصی و عمومی بیمه نامه خواهد بود- گواهی شناخت شرایط پیوست این پیشنهاد نیز باید الزاماً درخواست شده و به امضا بیمه گذار برسد تا از مهم ترین نکات و حقوق خود و تعهدات بیمه گر در هنگام خسارت مطلع شود و در خصوص مدیریت ریسک در طول مدت اعتبار بیمه نامه و هنگام بروز خسارت اطلاع داشته باشد.

امضای پیشنهاد دهنده

امضا و مهر نمایندگی

توضیحات خاص: بیمه گذار دارای سال سابقه عدم خسارت بوده و تا تاریخ طی بیمه نامه شماره از طریق شرکت تحت پوشش بوده است

کد استعمال توضیحات خاص

کارشناس محترم صدور، تقاضای فوق، عطف به کد استعمال ذکر شده با حق بیمه کل ریال محاسبه و جهت صدور اقدام شود

روش پرداخت : درصد به صورت نقدابه مبلغ ریال و الباقی

گواهی شناخت مزایا و شرایط بیمه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان (پروژه های برق) اخذ گواهی شناخت شرایط به همراه فرم پیشنهاد الزامی می باشد

نکات مهم: متقاضی محترم با توجه به درخواست شما بیمه نامه مسئولیت جنابعالی با توجه به مشخصات ذیل صادر می گردد کلیه شرایط بیمه مسئولیت شما طبق پوشش های اصلی و تکمیلی قید شده در پیشنهاد پیوست می باشد که در متن بیمه نامه شما به وضوح قید می شود.

* بیمه مسئولیت همانند بیمه شخص ثالث خودرو که مسئولیت شما را در هنگام حوادث رانندگی تامین میکند، مسئولیت شما را در هنگام حوادث شغلی در محیط کارگاه و یا مکانهای وابسته در صورت اینکه مقصر باشید و توسط مراجع ذیصلاح احراز شود؛ تحت پوشش قرار داده و نسبت به جبران خسارت تا سقف تعهدات و طبق شرایط بیمه نامه براساس درصد قصور و تقصیر شما اقدام می کند؛ بنابراین باید به نکات ذیل توجه کافی کرده و رعایت کنید در غیر اینصورت در زمان جبران خسارت دچار مشکل و چالش خواهید شد.

(۱) نباید این بیمه را با دفترچه درمان اشتباه گرفته و توقع داشت مثل دفترچه درمان از آن استفاده شود، بلکه مربوط به حوادث کاری می باشد که از لحاظ قانونی کارفرما، مسبب وقوع آن بوده است (۲) نباید به جهت حمایت از کارگر کم در آمد با بودجه بیمه گر کار خیر و صالح انجام داد و با مصدوم تبانی کرد تا خسارتی پرداخت شود که علاوه بر مسئولیت اخلاقی باعث تبعات احتمالی قضایی در آینده برای شما خواهد شد.

این بیمه حامی امنیت شغلی شماست و به دو صورت خسارت احتمالی پس از احراز مسئولیت قانونی تعیین و پرداخت می شود حالت اول: مصدوم از شخص بیمه گذار (کارفرما) شکایت می کند و کارفرما از طریق رای مراجع قضایی محکوم می شود و شرکت بیمه گر طبق شرایط بیمه نامه و در چهارچوب تعهدات بیمه نامه غرامت تعیین شده را پرداخت می کند. **حالت دوم:** مصدوم تصمیم میگیرد که به صورت توافقی مبلغ غرامت مصدومیت را بدون مراجعه به دادگاه براساس نظر پزشک قانونی و کارشناس رسمی دادگستری طرف قرارداد بیمه گر دریافت کند که پرونده مصدوم در واحد خسارت تشکیل شده و از طریق بیمه گر طبق نظر کارشناسی خسارت محاسبه و پس از اخذ رضایت نامه به مصدوم پرداخت میشود.

نکات خاص در هنگام بروز حادثه:

در صورت بروز هر گونه حادثه و ایجاد خسارت جانی و... مراتب را به نماینده صادر کننده بیمه نامه به صورت شفاهی و پیامکی اطلاع داده و سریعاً حداکثر طی ۴۸ ساعت به صورت کتبی به بیمه گر اطلاع دهید و رسید یا مدرک این اطلاع را دریافت کنید تا پرونده خسارت شما مفتوح و قابلیت پیگیری داشته باشد.

* کلیه بیمه گذاران باید در سامانه ثنا ثبت نام کرده باشند یا بعد از اعلام حادثه اقدام به ثبت نام کنند تا در صورت شکایت مصدوم متوجه شده و بتوانند براساس ماده ۷ و ۸ شرایط عمومی بیمه نامه به بیمه گراطلاع دهند تا شرایطی بوجود نیاید که بدون اطلاع بیمه گذار و بیمه گر رای صادر و باعث افزایش تعهدات بیمه گر و تبعات جنبه عمومی جرم برای بیمه گذار شود.

مهم ترین دلایلی که پرداخت خسارت غرامت جسمانی دچار چالش و مشکل می شود

(۱) در پرداخت حق بیمه خود همکاری کنید تا به علت عدم پرداخت حق بیمه تعهدات بیمه گر دچار تعلیق نشده و در هنگام پرداخت خسارت طبق شرایط بیمه گر پوشش بیمه نامه شما قطع نگردد. در صورت عدم پرداخت حق بیمه در سررسید اقساط تعیین شده و عدم وصول چکهای شما بیمه نامه تعلیق میگردد و تعهدات بیمه گر طبق شرایط بیمه نامه انجام نخواهد شد

(۲) ملاک پرداخت حق بیمه شما دریافت رسید مالی کارگزاری میباشد لذا حداکثر ۷۲ ساعت بعد از پرداخت حق بیمه خود، رسید حق بیمه را به صورت فکس و یا ایمیل دریافت کنید

(۳) در صورتی که بیمه نامه مسئولیت شما براساس امضا پیشنهاد اولیه جنابعالی صادر شود ولی شما در جایگاه بیمه گذار از پرداخت حق بیمه نقدی اولیه یا اقساط سررسیدهای اعلام شده در بیمه نامه خودداری کنید به بیمه گر با استناد به این گواهی شناخت شرایط این مجوز را می دهید که طبق جدول شرایط عمومی بیمه نامه (مصدوم شورای عالی بیمه) و براساس گواهی حاضر که به اطلاع امضا شما رسیده است با تعرفه کوتاه مدت بیمه نامه شما را بلافاصله فسخ یا ابطال کند و شما موظف هستید هزینه مربوطه را پرداخت کنید.

* **در بیمه های مسئولیت نام کارکنان یا محل فعالیت کارکنان باید اعلام شود و در صورتی که بیمه نامه به صورت بی نام صادر شود؛** پروژه های تحت پوشش است که مجموع شماره پیمان ها به همراه جمع کل نیروها به بیمه گر اعلام شود یا برای هر پیمان بیمه نامه جداگانه اخذ گردد و گواهی تعداد نیروی کار طبق اظهارات بیمه گذار متقاضی به شرح ذیل می باشد (در صورت بی نام بودن و اعلام آمار غیر واقعی در زمان خسارت طبق شرایط بیمه نامه یا قاعده نسبی اعمال خواهد شد لذا در صورت تغییر نیروی کار سریعاً ایمیل و یا مکاتبه شود (الزاماً الحاقیه بلافاصله دریافت و حق بیمه مربوطه قبل از حادثه پرداخت شود).

تعداد نیروی کار بیمه گذار (ثابت و متغیر) در صورت داشتن نیروی متغیر، تعداد حداقل صفر نیست و از ۵۰ درصد تعداد حداکثر نباید کمتر باشد

۱- **تعداد کارکنان ثابت (تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی)**

۲- **تعداد کارکنان متغیر شامل موارد ذیل:**

الف) (قراردادی، روزمزد، ،) : حداقل حداکثر

ب) **اتباع بیگانه:** حداقل حداکثر

جمع کل براساس اطلاعات فوق جهت محاسبه حق بیمه: تعداد کارکنان ثابت تعداد کل کارکنان متغیر: حداقل حداکثر

شرح وظایف نیروی کار ثابت و متغیر قراردادی و پیمانکاری به تفکیک تعداد اعلام شده:

* **صدمات جسمانی** که منشا آنها به علت استهلاک عضو مورد صدمه مشخص نیست (دیسک کمر، پارگی رباط صلیبی، آسیب به تاندون ها، فتق شکمی) با حکم دادگاه و نظر پزشک قانونی قابل پرداخت می باشد؛ مشروط بر آنکه موضوع حادثه به اطلاع بیمه گر رسانیده شود و بیمه گر در جریان دادگاه قرار بگیرد و بیمه گذار نباید تحت هیچ شرایطی قبول تقصیر کرده مگر اینکه طبق نظر پزشک قانونی و کارشناس اداره کار مقصر تشخیص داده شود.

* در صورت دریافت هر گونه ابلاغیه از دادگاه و اعلام حکم از سوی مراجع قضایی بلافاصله قبل از پایان زمان مقرر و بلافاصله بعد دریافت ابلاغیه از طریق سامانه ثنا شرکت بیمه را به صورت کتبی در جریان قرار دهید؛ تا قبل از اتمام زمان اعتراض و تجدید نظر شرکت بیمه در صورت صلاحدید اقدام کند یا به علت تاخیر منجر به افزایش دیه ناشی از یوم الادا نشود و در صورت عدم اطلاع و عدم تحویل به موقع حکم دادگاه تبعات هر گونه افزایش تعهدی برعهده خود بیمه گذار است و همچنین علیرغم اینکه حس دلسوزی بیمه گذار قابل احترام است؛ ولی تحت هیچ شرایطی جهت حمایت از کارگر با تکیه بر سرمایه بیمه گر قبول تقصیر نکرده و در برگیره بازجویی و در دادسرا اعلام نشود؛ چون بیمه دارم ۱۰۰ درصد خودم مقصر می باشم؛ مصدوم برو و از بیمه گر بگیرد؛ زیرا شرکت بیمه گر یک شرکت بازرگانی بوده و مدیریت منافع همه ذینفعان (مصدوم و بیمه گذار و سهامداران و...) را برعهده دارد و قبول تقصیر به علت داشتن بیمه بدون دفاع قانونی مانند تبانی کردن مغایر وظایف بیمه گذار است.

* **در صورت شکایت مصدوم و اطلاع بیمه گراز حساسیت پرونده در صورت لزوم بدون احتیاج به درخواست بیمه گذار، وکیل جهت دفاع به دادگاه معرفی خواهد شد؛** همچنین در صورت درخواست بیمه گذار طبق شرایط بیمه نامه و براساس تعرفه مصوب کانون و کلا بعد از اخذ موافقت کتبی بیمه گر می توان وکیل گرفت و در خصوص پرونده های توافقی که احتیاجی به مراجعه به دادگاه نیست، برای پیگیری پرونده با مصدوم و بیمه گذار همکاری میشود و در صورت نیاز به اخذ وکیل جهت تسریع در کار توافقی این امروزیینه آن برعهده خود مصدوم یا بیمه گذار است.

شرایط پوشش های تکمیلی حتما مطالعه شده و در صورت ابهام در هنگام دریافت بیمه نامه دوباره از کارشناس مربوطه سؤال شود تا با آگاهی کامل بیمه خود را دریافت کنید
اینجانب (بیمه گذار) موارد فوق را مطالعه و رویت کرده و با آگاهی کامل نسبت به اخذ بیمه نامه اقدام کرده ام (مبلغ نهایی و روش پرداخت و تاریخ اقساط به شرح توضیحات پیوست)

روش پرداخت و تاریخ اقساط مورد تایید بیمه گذار

تاریخ - مهر و امضاء بیمه گذار