

LAF063

کد سند :

شرکت بیمه سامان

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان صنعتی،
خدمانی و بازرگانی

شماره تجدید نظر: 07

جهت ضمیمه :

شماره صفحه	شماره تجدید نظر	تاریخ	شرح تغییرات
کلیه صفحات	01	1396/12/02	افزافه شدن موارد مربوط به تغییر محل مورد بیمه در مدت اعتبار، حذف "حداکثر غرامت فوت و نقص عضو" حذف عبارت "در ماه های عادی"، تغییر پوشش تکمیلی شماره 4، تغییر پوشش تکمیلی شماره 9، افزودن پوشش های 13 و 14 و 15 و 16
کلیه صفحات	03	1397/04/23	حذف پوشش شماره 13، حذف "مازاد بر تعهدات بیمه نامه اجباری شخص ثالث" از پوشش شماره 3
کلیه صفحات	04	1397/08/14	افزافه شدن آدرس محل مورد بیمه
کلیه صفحات	05	1399/01/25	افزافه شدن فیلدهای جدید به پوشش تکمیلی، وضعیت ایمنی محیط کار، مشخصات عمومی مورد بیمه و تغییر محتوای آنها
کلیه صفحات	06	1400/02/18	حذف بند پوشش خسارت زیان دیده با تابعیت غیر ایرانی دارای اقامت حق کار، حذف پوشش مسئولیت مجری دیصلاح ساختمان
کلیه صفحات	07	1401/09/06	افزودن پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان و اشخاص عوامل اجرایی، افزودن عبارت "جانی" به پوشش بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث افزودن پوشش کارکنان با نام، افزودن کار در ایام تعطیل، حذف پوشش تعدد دیات و افزودن مبلغ سرمایه درخواستی متناسب با غرامت مستمر روزانه

تهیه کننده/بازنگری کننده	تایید کننده	تصویب کننده
علی صرفی	نگین فیروز 1401/09/07	هادی رئیس زاده 1401/09/14
	عبدالرسول عطانی 1401/09/12	
	فرزاد فروغی 1401/09/13	



فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان صنعتی، خدماتی و بازرگانی

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)

شخص حقیقی	شخص حقوقی
نام و نام خانوادگی:	نام (مؤسسه، شرکت، سازمان):
تاریخ تولد: / /	دولتی ☐ خصوصی ☐ تعاونی ☐
شماره ملی (الزامی است):	تاریخ تأسیس: / /
سابقه کار در حرفه ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید:	شماره ثبت:
.....	شناسه ملی:
.....	کد اقتصادی:

نشانی و اقامتگاه قانونی بیمه گذار:

تلفن ثابت: تلفن همراه: دور نگار: کد پستی:

نشانی کارگاه (مکان فعالیت):

آیا تا کنون بیمه نامه مسئولیت برای پروژه های خریداری نموده اید؟
در صورتیکه پاسخ مثبت است نام پروژه و شرکت بیمه صادر کننده آن را بنویسید:
.....

آیا در زمان اجرای پروژه های گذشته خسارتی به کارکنان شما وارد شده است؟
در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید.
.....

مشخصات عمومی مورد بیمه

موضوع فعالیت:

تعداد کارکنان ثابت و دائمی بیمه گذار (در صورت نیاز به تفکیک نوع درج شود):

۱- نفر

۲- نفر

۳- نفر

۴- نفر

تعداد کارکنان متغیر بیمه گذار: حداقل نفر و حداکثر: نفر

آیا مایل به اخذ پوشش برای کارکنان خود به صورت با نام می باشید؟
در صورت مثبت بودن سوال فوق اسامی پرسنل خود را در پیوست ارائه دهید.

۱- ۲- ۳- ۴-

۵- ۶- ۷- ۸-

اسامی عوامل اجرایی و تعداد کارکنان آنان که می خواهند تحت پوشش این بیمه نامه قرارگیرند را در جدول این ذیل بنویسید:

۱- نام و مشخصات عوامل اجرایی: و تعداد کارکنان:

۲- نام و مشخصات عوامل اجرایی: و تعداد کارکنان:

۳- نام و مشخصات عوامل اجرایی: و تعداد کارکنان:

۴- نام و مشخصات عوامل اجرایی: و تعداد کارکنان:

تبصره: در صورت عدم ارائه مشخصات عامل یا عوامل اجرایی خود، کارکنان آنان تحت شمول این بیمه نامه واقع نمی شوند.

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان صنعتی، خدماتی و بازرگانی

تذکر: در مواردیکه تعداد کارکنان واقعی حداکثر تا ۵ درصد نسبت به تعداد کارکنان اظهار شده افزایش یابد اعمال قاعده نسبی نفرت بر روی خسارت منتفی می باشد ولیکن در صورتیکه افزایش تعداد کارکنان واقعی بیش از درصد ذکر شده باشد قاعده نسبی نفرت اعمال خواهد شد.

تعداد شیفت کاری در شبانه روز: ☐ یک شیفت ☐ دو شیفت ☐ سه شیفت

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

آیا کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی می باشند؟ ☐ بلی ☐ خیر

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 ☐ سایر خطرات:

۲. آیا در محیط کار مورد بیمه واحد HSE (ایمنی در کار) مستقر می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

* چنانچه محرز شود خسارت واقع شده به دلیل عدم رعایت مقررات مصوب شورای عالی حفاظت فنی در خصوص ایمنی و سلامت کارکنان موضوع ماده ۹۱ قانون کار رخ داده است، بیمه گر می تواند حسب مورد تا ۱۰ درصد فرانشیز اعمال کند.

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: و فاصله تقریبی تا محل مورد بیمه: کیلومتر

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

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

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	

پوشش های تکمیلی

۱- پوشش حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری ☐ بلی ☐ خیر

۲- پوشش جبران هزینه های پزشکی ☐ بلی ☐ خیر

۳- پوشش تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی ☐ بلی ☐ خیر

حداکثر غرامت مالی برای هر نفر:

حداکثر غرامت مالی در طول مدت بیمه:

۴- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث (جانی)

☐ بلی ☐ خیر

۵- پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه

☐ بلی ☐ خیر

☐ ۱ سال ☐ ۲ سال ☐ ۳ سال

۶- پوشش مأموریت‌های خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان

☐ بلی ☐ خیر

اسم مامورین: ۱- ۲- ۳- ۴-

(ارائه اسامی ماموران در زمان صدور بیمه نامه و یا ۲۴ ساعت قبل از اعزام به مأموریت الزامی است در غیر اینصورت خسارت احتمالی وارد به آنان تحت

شماره این بیمه نامه نمی باشد)

۷- پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه نامه

☐ بلی ☐ خیر

۸- یوشش غرامت دستمزد روزانه

☐ بلی ☐ خیر

۹- مبلغ سرمایه درخواستی، غرامت دستمزد، روزانه برای هر نفر در هر حادثه (در طول مدت بیمه نامه): ریال

*حداکثر سرمایه قابل پوشش برای غرامت دستمزد روزانه برای هر نفر در هر حادثه ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد.

۱۱- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان عوامل اجرایی

☐ بلی ☐ خیر

۱۲- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال شخص عوامل اجرایی،

☐ بلی، ☐ خیر

۱۳- پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی،

☐ بلی ☐ خیر

چنانچه خواسته ای مازاد بر موارد فوق الذکر 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 منطق 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

پیامہ گذار:

مهر، امضاء و تاریخ