

پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرمایان تولیدی، خدماتی، صنعتی در مقابل کارکنان

مشخصات بیمه	نام بیمه گذار : کد اقتصادی / شماره ثبت : شناسه ملی : شماره ملی : تلفن همراه : کدپستی : نام شرکت و شماره بیمه نامه سال قبل : نام و کد نمایندگی / شعبه / معرف : نشانی بیمه گذار : تلفن ثابت / نمابر :																				
مدت	مدت بیمه : روز / سال تاریخ شروع بیمه نامه : تاریخ پایان بیمه نامه :																				
مشخصات و نوع فعالیت	نوع فعالیت شغلی : ☐ فصلی ☐ دائمی شرح مختصر فعالیت و نحوه انجام آن : نوع وسایل ایمنی و حفاظتی مورد استفاده در محل کار : آیا از کارکنان خارجی فاقد مجوز کار و اقامت در موضوع فعالیت بیمه نامه استفاده می نماید؟ ☐ خیر ☐ بلی در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد نیروی کار فاقد مجوز ثابت نفر و تعداد کارکنان متغیر حداقل نفر حداکثر نفر تعداد نیروی کار بیمه گذار شاغل در محل اجرای کار ثابت نفر و تعداد کارکنان متغیر حداقل نفر حداکثر نفر آیا بیمه گذار در محل مورد فعالیت از پیمانکاران اصلی و فرعی استفاده می نماید؟ ☐ خیر ☐ بلی در صورت مثبت بودن پاسخ آیا پوشش مسئولیت پیمانکاران اصلی و فرعی در قبال کارکنان مورد تقاضا می باشد؟ ☐ خیر ☐ بلی تعداد کارکنان پیمانکاران اصلی و فرعی ثابت نفر و تعداد کارکنان متغیر حداقل نفر حداکثر نفر تعداد شیفت کاری : شیفت حداکثر افراد شاغل در : شیفت اول نفر ، شیفت دوم نفر ، شیفت سوم نفر نشانی دقیق محل فعالیت : آیا پروژه دارای اماکن وابسته می باشد؟ ☐ خیر ☐ بلی در صورت مثبت بودن پاسخ نشانی اماکن وابسته خارج از کارگاه درج شود																				
لیست اسامی	آیا همه کارکنان و کارگران تحت پوشش بیمه سازمان تامین اجتماعی می باشند؟ ☐ خیر ☐ بلی نحوه صدور بیمه نامه به چه صورتی باشد؟ ☐ بی نام ☐ با نام (در صورت با نام بودن، ضروریست لیست اسامی کارکنان پیوست و تغییرات مربوطه در طول مدت اعتبار بیمه نامه به بیمه گر اعلام گردد.)																				
سوابق خسارت	تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت، صدمات جسمانی یا هزینه پزشکی گردیده : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>تاریخ حادثه</th> <th>نوع حادثه</th> <th>تعداد فوت</th> <th>تعداد نقص عضو</th> <th>مبلغ خسارت (ریال)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	مبلغ خسارت (ریال)															
تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	مبلغ خسارت (ریال)																	



تعهدات بیمه گر	
ریال.....	غرامت فوت و صدمات جسمانی برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی :
ریال.....	غرامت فوت و صدمات جسمانی برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام :
ریال.....	حداکثر غرامت فوت و صدمات جسمانی در طول مدت بیمه نامه:
ریال.....	هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه :
ریال.....	هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه در طول مدت بیمه :

پوشش های اضافی	
پوشش های تکمیلی را در صورت درخواست با علامت زدن در دایره مشخص نمایید	
1- پوشش حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری ☐	
2- پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون محکومیت بیمه گذار ☐	
3- پوشش تبصره 1 ماده 66 قانون تامین اجتماعی: ☐	
میزان سرمایه برای هر نفر در هر حادثه ریال حداکثر میزان سرمایه در طول مدت بیمه نامه ریال	
4- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث ناشی از فعالیت بیمه گذار در محل کارگاه (مکان فعالیت) ☐	
5- پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه ☐ : یک بار ☐ دوبار ☐ سه بار ☐	
6- پوشش تعدد دیات و دیات غیر مسری ☐	
میزان سرمایه برای هر نفر در هر حادثه ریال میزان سرمایه در طول مدت بیمه نامه ریال	
7- پوشش مأموریت خارج از مکان فعالیت کارکنان ☐ (در صورت انتخاب این پوشش نام ، نام خانوادگی و شماره ملی افراد مأمور به صورت یک لیست مجزا ، تحویل بیمه گر گردد.)	
8- پوشش نوسان تعداد کارکنان تا 20 درصد زمان صدور بیمه نامه ☐	
10- پوشش غرامت دستمزد روزانه ☐ میزان سرمایه برای کارکنان سادهریال و کارکنان متخصص / فنی و میزان سرمایه در طول مدت بیمه نامه	
11- هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی ☐	
12- مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان عوامل اجرایی ☐	
13- مسئولیت بیمه گذار در قبال شخص عوامل اجرایی ☐	

تاییدیه بیمه گذار	
بدین وسیله اعلام میدارد که اظهارات فوق الذکر بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرمایان تولیدی ، خدماتی ، صنعتی در مقابل کارکنان شرکت بیمه کوثر تنظیم گردیده و همچنین موافقت می گردد این پرسشنامه ، مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد .	
نام ، امضاء و مهر بیمه گذار	تاریخ تکمیل پرسشنامه
مهر ، امضاء و کد نمایندگی / معرف	