

قابل توجه بیمه گذار محترم : نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما بر اساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می شود لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

مشخصات عمومی:
نام کامل شخص، موسسه یا شرکت پیشنهاد دهنده حقیقی <input type="checkbox"/> حقوقی <input type="checkbox"/> : کد ملی / شناسه ملی شماره شناسنامه / شماره ثبت کد پستی نشانی پیشنهاد دهنده شماره تماس : تعداد حوادث و مبلغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت پیشنهاد دهنده در پنج سال گذشته (به تفکیک هر حادثه):
* آیا طی یک سال گذشته دارای بیمه نامه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان بوده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت نام شرکت بیمه و شماره بیمه نامه را قید فرمایید:
پرسش های عمومی در مورد کار و موضوع فعالیت پیشنهاد دهنده:
الف - چنانچه نوع فعالیت ساختمانی می باشد موارد زیر را پاسخ فرمایید:
تخریب و احداث بنا <input type="checkbox"/> صرفا نصب اسکلت <input type="checkbox"/> انجام نمای ساختمان <input type="checkbox"/> شماره پروانه ساختمان مساحت کل بنا نوع اسکلت : نشانی محل کار
ب - چنانچه موضوع فعالیت بیمه گذار صنعتی، خدماتی یا تجاری می باشد موارد زیر را پاسخ فرمایید:
موضوع فعالیت بیمه گذار تعداد نیروی کار ثابت نفر. تعداد نیروی کار متغیر (قراردادی ، روزمزد) حداقل نفر حداکثر نفر * توجه : در صورتی که بیمه نامه بصورت بانام صادر شده باشد ، مشروط به مشخص بودن محل فعالیت ۱۰٪ تخفیف در حق بیمه منظور می گردد. * در صورت مثبت بودن، بیمه گذار موظف است اسامی کارکنان را قبل از صدور یا شروع بیمه نامه بصورت کتبی به بیمه گر اعلام و مراتب در بیمه نامه درج گردد. * توجه : چنانچه انجام کار به صورت شیفتی باشد بایستی مجموع نیروی کار در چند شیفت در قسمت تعداد نیروی کار درج گردد. تعداد شیفت های کاری : یک شیفت <input type="checkbox"/> دوشیفت <input type="checkbox"/> سه شیفت <input type="checkbox"/> نشانی محل کار * آیا در خارج از ساعت کار موظف، اضافه کاری صورت می پذیرد ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

ج - چنانچه نوع فعالیت اجرای پروژه عمرانی می باشد موارد زیر را پاسخ فرمایید:

موضوع فعالیت

تعداد نیروی کار ثابتنفر

تعداد نیروی کار متغیر (قراردادی ، روزمزد) حداقلنفر حداکثر.....نفر

* توجه : در صورتی که بیمه نامه بصورت بانام صادر شده باشد مشروط به مشخص بودن محل فعالیت ۱۰٪ تخفیف در حق بیمه منظور می گردد.

* در صورت مثبت بودن، بیمه گذار موظف است اسامی کارکنان را قبل از صدور یا شروع بیمه نامه بصورت کتبی به بیمه گر اعلام و مراتب در بیمه نامه درج گردد.

نشانی محل کار

بیمه گر موافقت می نماید با رعایت شرایط بیمه نامه و مشروط به پرداخت حق بیمه اضافی از سوی بیمه گذار، پوششهای ذیل را در قالب کلوز به بیمه گذار ارائه نماید:

کلوز ۱- پوشش مسئولیت بیمه گذار ناشی از تعدد دیات (بیش از یک دیه) بلی خیر

سرمایه مورد درخواست :

کلوز ۲- پوشش بیمه ای مأموریت خارج از محل کار کارکنان. بلی خیر

تعداد کارکنان تحت پوشش در خارج از محل کارنفر

* افراد تحت پوشش در مأموریت خارج از محل کار ، از زمان اعلام اسامی به بیمه گر مشمول تعهدات بیمه نامه می باشند.

* توجه: مسئولیت کارفرما در رابطه با حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری در رابطه با مأموریت خارج از محل کار (کلوز ۲) مشمول بیمه نامه نمی باشد مگر آنکه کلوز مربوطه (کلوز ۵) توسط بیمه گذار خریداری شده باشد.

کلوز ۳- پوشش بیمه ای اماکن وابسته به کارگاه که خارج از محل کار مورد بیمه بوده و فعالیت کاری در آن انجام نپذیرد، مشروط بر تعیین حدود آن توسط بیمه گذار. بلی خیر

* توجه : مسئولیت کارفرما در رابطه با حوادث ناشی از استفاده از وسایل حرارتی و برودتی غیر استاندارد یا نصب غیر استاندارد در محل و زمان استراحت ، تحت پوشش نمی باشد.

کلوز ۴- پوشش بیمه ای مسئولیت مجری ذیصلاح . بلی خیر

کلوز ۵- پوشش بیمه ای حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری بلی خیر

کلوز ۶- پوشش بیمه ای مسئولیت پیمانکاران فرعی. بلی خیر

* توجه: اخذ این کلوز در فعالیتهای ساختمانی اجباری می باشد.

کلوز ۷- پوشش بیمه ای مسئولیت مهندسین ناظر یا مشاور. بلی خیر

* این پوشش صرفا مشمول خسارت های جانی می باشد

کلوز ۸- پوشش بیمه ای پرداخت خسارت بدون رای دادگاه. بلی خیر

کلوز ۹- پوشش بیمه ای پرداخت هزینه پزشکی با ارائه صورتحساب مراکز درمانی خصوصی. بلی خیر

کلوز ۱۰- پوش بیمه ای مطالبات سازمان تامین اجتماعی یا سازمان خدمات درمانی از بیمه گذار بابت مستمری موضوع «تبصره یک ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی».

بلی خیر

* تعهد بیمه گر برای هر نفر به مبلغ.....ریال و در طول مدت بیمه نامه معادل تعداد افراد تحت پوشش غرامتهای فوت و نقص عضو مندرج در بیمه نامه خواهد بود.	
کلوز ۱۱- پوشش بیمه ای برای شخص کارفرما ، پیمانکار، مشاور، ناظر و مجری ذیصلاح در محل مورد بیمه (بیمه حوادث)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
کلوز ۱۲- پوشش بیمه خسارت جانی وارده به اشخاص ثالث براساس تعهدات فوت و نقص عضو در هر حادثه در محدوده مورد بیمه . بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
*تعهد بیمه گر در این کلوز از ۵۰درصد حداکثر تعهد بیمه گر در طول مدت بیمه تجاوز نخواهد کرد. *این کلوز شامل فعالیت های خدماتی و بازرگانی نمی گردد.	
کلوز ۱۳- پوشش بیمه ای مابه التفاوت افزایش ديه روز از تاریخ وقوع حادثه که توسط مراجع قضایی تعیین میگردد(بر مبنای حداکثر افزایش ديه اعلامی توسط مراجع قضایی).	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
در صورت پاسخ مثبت:	یکسال <input type="checkbox"/> دو سال <input type="checkbox"/> سه سال <input type="checkbox"/>
کلوز ۱۴- پوشش بیمه ای مربوط به پرداخت غرامت دستمزد روزانه کارکنان ناشی از حوادث مورد بیمه. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
*حداکثر غرامت دستمزد روزانه کارکنان به ازاء هرروز برای هر نفر به مبلغریال (حداکثر -/۴۰۰,۰۰۰ ریال)	
کلوز ۱۵- پوشش بیمه ای صدمات جسمانی وارده به کارکنان در محل مورد بیمه ناشی از حوادثی که ارتباطی با نوع فعالیت بیمه شده ندارد .	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
توجه: منظور از فعالیت غیر مرتبط کلیه امور اعم از جزئی و کلی است که خارج از فرایند کار مورد بیمه می باشد.	
* آیا مایل هستید در صورت بروز هر خسارت ، سهمی از آن را شخصا بپردازید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	پنج درصد <input type="checkbox"/> ده درصد <input type="checkbox"/> پانزده درصد <input type="checkbox"/> بیست درصد <input type="checkbox"/> بیست و پنج درصد <input type="checkbox"/>
مدت بیمه و حداکثر پوشش مورد درخواست :	
مدت این بیمه نامه.....روز و شروع آن از ساعت ۲۴ روز.....و انقضاء تا ساعت ۲۴ روز..... می باشد.	
لطفا میزان تعهدات مورد بیمه را تعیین فرمایید:	
*حداکثر هزینه پزشکی برای نفر در هر حادثه مبلغ	ریال
*حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه مبلغ.....	ریال
*حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه های عادی مبلغ.....	ریال
* حداکثر غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام مبلغ.....	ریال
* حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه برای کلیه کارکنان مبلغ.....	ریال
*** بدینوسیله اعلام می نماید که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد ، کامل و درست بوده و هیچگونه مطالب مغایری بیان نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است. همچنین موافقت می شود که این پیشنهاد ، اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد .	
تاریخ	مهر و امضای پیشنهاد دهنده:
این فرم توسط نمایندگی بیمه تکمیل می گردد:	
آیا اظهار بیمه گذار برای تعداد نیروی کار در فعالیت های عمرانی یا صنعتی ، خدماتی ، تجاری صحیح است؟	
	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی	آیا در کارگاه مذکور اصول متعارف ایمنی رعایت می گردد؟ سایر مواردی که مورد نظر نماینده می باشد.
مهر و امضای نمایندگی / واحد اجرایی:	کد و نام نمایندگی / واحد اجرایی:	تاریخ