



پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان

این پرسشنامه جزء لاینفک بیمه نامه صادره بوده و مفاد آن مورد توافق طرفین می باشد

الف) مشخصات پیشنهاد دهنده

شخص حقیقی <input type="radio"/>		خانم/آقای	کد ملی
شخص حقوقی <input type="radio"/>		شرکت/موسسه	وضعیت: <input type="radio"/> دولتی <input type="radio"/> خصوصی
تاریخ تولد: / / ۱۳		شماره شناسنامه:	شناسه اقتصادی
نشانی اقامتگاه قانونی:		کد پستی:	
تلفن	نمبر	همراه	

ب) سوابق بیمه ای

- ۱) آیا طی یکسال گذشته بیمه نامه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان داشته اید؟ بله خیر
- در صورت مثبت بودن پاسخ، نام شرکت بیمه، شماره بیمه نامه و تاریخ انقضای آن را درج نمایید:
- ۲) آیا طی سه سال گذشته خسارتی از محل بیمه نامه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان داشته اید؟ بله خیر
- در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد حوادث و مبلغ خسارت را به تفکیک هر سال درج نمایید:

ج) فعالیت تحت پوشش

- ۱) آیا نوع فعالیت احداث ساختمان است؟ بله خیر
- در صورت مثبت بودن پاسخ، موارد زیر را تکمیل نمایید:
- چنانچه نوع فعالیت ساختمانی است یکی از موارد زیر را انتخاب نمایید:
 - تخریب و احداث بنا صرفاً نصب اسکلت ساختمان در دست احداث صرفاً انجام نمای ساختمان در دست احداث
 - نوع اسکلت سازه: بتونی فلزی | • مساحت کل پروانه ساخت مترمربع | • شماره پروانه ساختمان
 - نشانی مکان فعالیت:
- ۲) آیا نوع فعالیت صنعتی، خدماتی یا تجاری است؟ بله خیر
- در صورت مثبت بودن پاسخ، موارد زیر را تکمیل نمایید:
- نوع فعالیت تحت پوشش بیمه را مشخص نمایید: صنعتی خدماتی تجاری
 - موضوع فعالیت را (بر اساس پروانه کسب) درج نمایید:
 - آیا از کارکنان خارجی فاقد مجوز کار و اقامت، در موضوع فعالیت بیمه نامه استفاده می شود؟ بله خیر
 - در صورت مثبت بودن پاسخ، بایستی تعداد کارکنان فاقد مجوز به تعداد نیروی کار (بند زیر) اضافه گردد.
 - تعداد نیروی کار: • تعداد ثابت نفر - تعداد متغیر (قراردادی و روزمزد): حداقل نفر و حداکثر نفر.
 - آیا مایل هستید بیمه نامه بصورت با نام و با اعمال ۱۰ درصد تخفیف در حق بیمه صادر شود؟ بله خیر
 - در صورت مثبت بودن پاسخ، بیمه گذار موظف است اسامی کارکنان را قبل از صدور بیمه نامه به بیمه گر اعلام تا اسامی آنها در بیمه نامه صادره درج گردد.
 - تعداد نوبت کاری (شیفت): () چنانچه انجام کار بصورت شیفتی باشد بایستی مجموع نیروی کار در چند شیفت در قسمت نیروی کار درج گردد.
 - نشانی مکان فعالیت:

۳) آیا نوع فعالیت اجرای پروژه عمرانی است؟ بله خیر • در صورت مثبت بودن پاسخ، موارد زیر را تکمیل نمایید:

- موضوع فعالیت:
- آیا از کارکنان خارجی فاقد مجوز کار و اقامت، در موضوع فعالیت بیمه نامه استفاده می شود؟ بله خیر
- در صورت مثبت بودن پاسخ، بایستی تعداد کارکنان فاقد مجوز به تعداد کل نیروی کار (بند زیر) اضافه گردد.
- تعداد کل نیروی کار نفر.
- آیا مایل هستید بیمه نامه بصورت با نام و با اعمال ۱۰ درصد تخفیف در حق بیمه صادر شود؟ بله خیر
- در صورت مثبت بودن پاسخ پیشنهاد دهنده موظف است اسامی کلیه کارکنان را قبل از صدور بیمه نامه به بیمه گر اعلام و اسامی تمامی کارکنان در بیمه نامه صادره درج باشد.
- نشانی مکان فعالیت:

* آیا محل مورد بیمه خارج از کشور می باشد؟ بله خیر
در صورت انجام فعالیت در خارج از کشور بیمه نامه الزاماً بصورت با نام صادر و خسارت نیز بر اساس قوانین کشور جمهوری اسلامی ایران پرداخت می گردد.

* آیا مایل هستید در صورت بروز هر خسارت، سهمی از آن را شخصاً بپردازید؟ بله خیر
۵ درصد ۱۰ درصد ۱۵ درصد ۲۰ درصد ۲۵ درصد

د) پوشش های اضافی

بیمه گر موافقت می نماید با رعایت شرایط بیمه نامه و مشروط به پرداخت حق بیمه اضافی از سوی پیشنهاد دهنده پوشش های زیر را در قالب کلوز ارائه نماید:

شماره کلوز	نوع کلوز
۰۱	آیا پوشش بیمه ای حوادث ناشی از وسائط نقلیه موتوری مورد درخواست است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ❖ برای فعالیت های متغیر که الزاماً با نام می باشند، پوشش بیمه ای کارکنان در حین مأموریت ناشی از حوادث وسائط نقلیه موتوری منوط به دریافت کلوز ۰۷ (مأموریت خارج از مکان فعالیت) می باشد.
۰۲	آیا پوشش جبران هزینه های پزشکی مورد درخواست است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۰۳	آیا پوشش بیمه ای مطالبات سازمان تأمین اجتماعی از بیمه گذار، بابت مستمری موضوع تبصره یک ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی مورد درخواست است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ❖ حداکثر تعهد بیمه گر برای هر نفر به مبلغ ریال و در طول مدت بیمه نامه به مبلغ ریال برای کلیه افراد درخواست می گردد.
۰۴	آیا پوشش صدمات جسمانی وارده به اشخاص ثالث بر اساس تعهدات درخواستی در هر حادثه در محل کارگاه (مکان فعالیت) مورد درخواست است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ❖ این کلوز صرفاً برای فعالیت های ساختمانی، عمرانی و صنعتی ارائه می شود.
۰۵	آیا پوشش بیمه ای مابه التفاوت افزایش دیه هر سال علاوه بر میزان تعهدات خریداری شده در بیمه نامه (حداکثر افزایش دیه هر سال توسط مراجع قضایی) مورد نیاز است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ❖ در صورت مثبت بودن پاسخ <input type="checkbox"/> یکبار <input type="checkbox"/> دوبار <input type="checkbox"/> سه بار
۰۶	آیا پوشش مسئولیت بیمه گذار ناشی از تعدد دیات و دیات غیرمُرسی (بیش از یک دیه) مورد درخواست است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

آیا پوشش بیمه ای مأموریت خارج از محل کار (مکان فعالیت) مورد درخواست است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۰۷
❖ تعداد کارکنان تحت پوشش در مأموریت خارج از محل کار نفر. ❖ لیست کارکنان مشمول مأموریت خارج از محل کار، بایستی قبل از صدور بیمه نامه به بیمه گر اعلام تا در متن بیمه نامه صادره درج گردد. مسئولیت بیمه گذار در رابطه با حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری حین مأموریت خارج از محل کار (کلوز ۲) مشمول بیمه نامه نمی باشد مگر آنکه کلوز ۵ را خریداری کرده باشد	
آیا پوشش بیمه ای مسئولیت مجری ذیصلاح ساختمانی مورد درخواست است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۰۸
آیا پوشش نوسان کارکنان تا ۲۰ درصد در زمان صدور بیمه نامه مورد درخواست است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۰۹
آیا پوشش بیمه ای مربوط به پرداخت غرامت دستمزد روزانه کارکنان ناشی از حوادث موضوع فعالیت مورد درخواست است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۰
❖ حداکثر غرامت دستمزد روزانه کارکنان برای هر نفر مبلغ ریال و در طول مدت بیمه نامه برای کلیه افراد مبلغ ریال درخواست می گردد.	
آیا پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیأت کارشناسی مورد درخواست است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۱

هـ) تعهدات درخواستی

..... ریال	حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه به مبلغ
..... ریال	حداکثر هزینه پزشکی برای مجموع کارکنان در طول مدت بیمه نامه به مبلغ
..... ریال	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی به مبلغ
..... ریال	حداکثر غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام به مبلغ
..... ریال	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای مجموع کارکنان در طول مدت بیمه نامه به مبلغ

و) مدت بیمه نامه

بیمه نامه به مدت روز، از ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳ تا ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳ درخواست می گردد.

این پرسشنامه به درخواست اینجانب تکمیل و با امضای آن ضمن تصدیق مندرجات، اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سئوالات فوق با صداقت و حسن نیت جواب داده شده است و در صورت اثبات هر گونه اظهار خلاف واقع و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن مطابق مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه متوجه اینجانب می باشد.

تاریخ تکمیل: / / ۱۳

نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده: مهر و امضاء

مهر و امضاء نمایندگان: مهر و امضاء