



پرسشنامه و پیشنهاد مسئولیت مدنی کارفرما در مقابل کارکنان مشاغل صنعتی، خدماتی، بازرگانی

این پرسش نامه و پیشنهاد، اساس انعقاد قرارداد بیمه بوده و بیمه نامه بر اساس اطلاعات مندرج در آن صادر می گردد، بنابراین لازم است در تکمیل آن دقت کافی بعمل آید.

نام بیمه گذار (متقاضی بیمه نامه): تاریخ تولد/سال تأسیس:

نشانی: تلفن:

کد ملی/شناسه ملی: کد اقتصادی: کد پستی:

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

موضوع فعالیت را به اختصار شرح دهید:

نشانی محل / محل های فعالیت:

در صورتی که تمایل به تحت پوشش قرار دادن مسئولیت خود در اماکن وابسته به کارگاه، نظیر محل استراحت کارکنان، که خارج از محل های فعالیت می باشد را دارید، نشانی آن را قید فرمایید:

از نظر شما کارکنان در محل کار در معرض چه خطراتی هستند؟

انفجار سقوط اجسام سوختگی و آتش سوزی برق گرفتگی
سقوط از ارتفاع (حداکثر ارتفاع متر) مصدومیت در اثر استفاده از ابزارآلات سایر:

چنانچه در محل کار از ماشین آلات صنعتی / وسایل نقلیه زمینی استفاده می گردد، نوع و تعداد آن را مشخص نمایید:

آیا قبلاً برای این موضوع فعالیت بیمه نامه مسئولیت خریداری شده است؟ خیر بله
نام بیمه گر: شماره بیمه نامه: تاریخ انقضاء:

در صورتی که طی ۳ سال گذشته، خسارتی در ارتباط با موضوع این پیشنهاد افتاده است، تعداد حادثه و مبلغ خسارت وارده را به تفکیک هر حادثه درج فرمایید:

آیا برای انجام کار، از عوامل اجرایی نظیر پیمانکاران استفاده می نمایید؟ خیر بله
در صورت مثبت بودن پاسخ، اگر تمایل دارید مسئولیت بیمه گذار در مقابل عوامل اجرایی تحت پوشش قرار گیرد، تعداد عوامل اجرایی را اعلام فرمایید:
وضعیت نیروی کار در محل فعالیت (شامل کارکنان بیمه گذار و کارکنان عوامل اجرایی)

ردیف	نوع فعالیت	تعداد نیروی کار		تعداد نیروی کار موقت		تعداد نیروی کار دائم		تعداد شیفت کاری			
		تعداد دائم	تعداد موقت	حداقل	حداکثر	دائم عوامل اجرایی	حداقل	حداکثر	۳ شیفت	۲ شیفت	۱ شیفت
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											

* در صورتی تعداد نوبت کاری (شیفت) کارکنان بیش از یک شیفت محسوب می گردد که در هر شیفت، نیروی کار قبلی از کارگاه خارج شده و نیروی کار جدید جایگزین گردد و تعداد کارکنان در هر شیفت از ۴۰٪ تعداد کل کارکنان کمتر نباشد.

میزان تعهد مورد درخواست را تعیین و در جدول ذیل درج نمایید:

شرح پوشش	حداکثر مبلغ (ریال)
جبران خسارت دیه و یا ارزش ناشی از صدمه بدنی یا فوت هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی	
جبران خسارت فوت هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام	
جبران خسارت دیه و یا ارزش ناشی از صدمه بدنی یا فوت در طول مدت بیمه نامه	

پوشش های تکمیلی مورد درخواست را مشخص نمایید:

- پوشش حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری
- پوشش جبران هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه مبلغ ریال و در طول مدت بیمه نامه مبلغ ریال
- پوشش تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی برای هر نفر در هر حادثه مبلغ ریال و در طول مدت بیمه نامه مبلغ ریال
- پوشش جبران خسارت بدنی وارد به اشخاص ثالث برای هر نفر در هر حادثه مبلغ ریال و در طول مدت بیمه نامه مبلغ ریال
- پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه: یک بار افزایش دوبرار افزایش سه بار افزایش
- پوشش تعدد دیات و دیات غیر مسری برای هر نفر در هر حادثه مبلغ ریال و در طول مدت بیمه نامه مبلغ ریال
- پوشش مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان
- پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه نامه
- پوشش جبران غرامت دستمزد روزانه کارکنان برای هر نفر در هر روز مبلغ ریال و در طول مدت بیمه نامه مبلغ ریال
- پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیأت کارشناسی برای هر ادعا و در طول مدت بیمه نامه مبلغ ریال

این بیمه نامه صرفاً مسئولیت بیمه گذار را تحت پوشش قرار می دهد، بنابراین در صورتی که تمایل دارید مسئولیت عوامل اجرایی خود را تحت پوشش قرار دهید نام و سمت آنها را مشخص فرمایید:

۱. نام: کدملی / شناسه ملی: سمت:
۲. نام: کدملی / شناسه ملی: سمت:
۳. نام: کدملی / شناسه ملی: سمت:
۴. نام: کدملی / شناسه ملی: سمت:
۵. نام: کدملی / شناسه ملی: سمت:
۶. نام: کدملی / شناسه ملی: سمت:
۷. نام: کدملی / شناسه ملی: سمت:

* صاحب کار بیمه گذار و یا کارفرمای بیمه گذار، عامل اجرایی محسوب نمی شوند.

اعتبار این پیشنهاد منوط به صدور بیمه نامه می باشد و این ورقه به تنهایی موجب هیچ گونه حقی برای بیمه گذار و یا منشاء هیچ گونه تعهدی برای بیمه گر نخواهد بود و در صورت وجود اختلاف در متن بیمه نامه و این پیشنهاد، بیمه نامه حاکمیت خواهد داشت و بیمه گر در حدود شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

بدین وسیله اعلام می دارد کلیه اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد صحیح بوده و موافقت می دارد که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

نام بیمه گذار: تاریخ تنظیم و امضاء:

نماینده/کارگزار:

مهر و امضاء نماینده/کارگزار:

بازاریاب: