



## 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 (بیمه گذار)

خانم/آقای (بیمه گذار) .....		کد ملی
شخص حقیقی <input type="radio"/>	سایر بیمه گذاران: ۱- ..... ۲- ..... ۳- ..... ۴- ..... و سایر شرکاء	
	تاریخ تولد: / / ۱۴	شماره شناسنامه: [ ]
شخص حقوقی <input type="radio"/>	شرکت/موسسه .....	وضعیت: <input type="radio"/> خصوصی <input type="radio"/> دولتی
	شناسه اقتصادی	شناسه ملی
نشانی اقامتگاه قانونی: .....		
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

- 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

- نوع فعالیت تحت پوشش بیمه را مشخص نمایید:  صنعتی  خدماتی  تجاری
- موضوع فعالیت را ( بر اساس پروانه کسب) درج نمایید: .....
- حداکثر تعداد نیروی کار ..... نفر. (تعداد نیروی کار خارجی نیز به تعداد کارکنان این بند اضافه شود)
- در صورتیکه تعداد کارکنان بیشتر از لیست تأمین اجتماعی باشد، حداکثر تعداد کارکنان بایستی درج گردد.
- 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 تمامی کارکنان را قبل از صدور بیمه نامه به بیمه گر اعلام تا اسامی آنها در بیمه نامه صادره درج گردد.
- تعداد نوبت کاری (شیفت): [ ] قانون کار مدت زمان (ساعت) فعالیت کارکنان در هر شیفت را مشخص نموده است، جهت استفاده از تخفیف شیفت بندی، بایستی کارکنان در پایان هر شیفت تعویض و کارکنان جدید مشغول کار شوند و این موضوع نباید با اضافه کار اشتباه گرفته شود، همچنین در صورتیکه کار بصورت شیفتی باشد 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: .....
- حداکثر تعداد نیروی کار بیمه گذار: ..... نفر. (تعداد نیروی کار خارجی نیز به تعداد کارکنان این بند اضافه شود)
- آیا پوشش مسئولیت عوامل اجرائی (پیمانکاران) مورد درخواست است؟ بله  خیر
- در صورت مثبت بودن پاسخ: تعداد عوامل اجرائی (پیمانکاران): .....
- اسامی تمامی عوامل اجرائی (پیمانکاران) را به منظور درج در بیمه نامه ذکر نمائید.....
- تعداد کل کارکنان عوامل اجرائی (پیمانکاران) ..... نفر.
- مجموع نیروی کار بیمه گذار، عوامل اجرائی (پیمانکاران) به تعداد ..... نفر می باشد.
- 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 مهلت پرداخت بخش نقدی حق بیمه به مدت ۱۵ روز از تاریخ شروع بیمه نامه مورد درخواست است؟ بله  خیر   
(مهلت فوق صرفاً جهت بیمه نامه های دارای بخش نقدی حق بیمه به مبلغ حداقل ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال قابل ارائه می باشد)

\* آیا مکان فعالیت (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

۱) خسارت کارکنان خارجی فاقد مجوز، صرفاً به حساب شخص زیان دیده و یا به حساب اجرای احکام دادگستری پرداخت می گردد.

توجه: ۲) منظور از عوامل اجرائی در این پرسشنامه صرفاً پیمانکاران اصلی و فرعی می باشند.

### 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"/> ❖ در صورت درخواست و درج تعهد هزینه پزشکی در بخش تعهدات درخواستی، انتخاب این کلوز الزامی است.
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 برای فعالیتهایی که بیمه نامه مستقل دارند مانند رستورانها، استخرها، مجموعه های ورزشی، مراکز آموزشی، استراحتگاههای ساحلی، واحدهای اقامتی و مشاغل سیار مانند نصابان داربست، اسکلت فلزی، شرکتهای نظافتی، تحصیلداران، پیک موتوری، مشاغل فاقد آدرس مشخص و مشاغل مشابه قابل ارائه نیست.
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، میزان افزایش را انتخاب نمائید: <input type="checkbox"/> یکبار <input type="checkbox"/> دوبار <input type="checkbox"/> سه بار

۰۶	<p>آیا پوشش مسئولیت بیمه گذار ناشی از تعدد دیات و دیات غیرمُرسی (بیش از یک دیه) مورد درخواست است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>❖ برای ارائه این کلوز حداقل تعهد غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بایستی به میزان سه ماه عادی باشد.</p>
۰۷	<p>آیا پوشش بیمه ای مأموریت خارج از محل کار (مکان فعالیت) مورد درخواست است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>❖ تعداد کارکنان تحت پوشش در مأموریت خارج از محل کار ..... نفر.</p> <p>❖ 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.</p> <p>❖ مسئولیت بیمه گذار در رابطه با حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری حین مأموریت خارج از محل کار (کلوز ۲)، مشمول بیمه نامه <u>نمی باشد</u> مگر آنکه کلوز یک را خریداری کرده باشد</p>
۰۸	<p>آیا پوشش بیمه ای مسئولیت مجری ذیصلاح ساختمانی مورد درخواست است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>
۰۹	<p>آیا پوشش نوسان کارکنان تا ۲۰ درصد در زمان صدور بیمه نامه مورد درخواست است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>❖ در صورت <u>بانام</u> بودن مورد بیمه، ارائه این کلوز مقدور نیست.</p>
۱۰	<p>آیا پوشش بیمه ای مربوط به پرداخت غرامت دستمزد روزانه کارکنان ناشی از حوادث موضوع فعالیت مورد درخواست است؟</p> <p>❖ حداکثر غرامت دستمزد روزانه کارکنان برای هر نفر مبلغ ..... ریال و در طول مدت بیمه نامه برای کلیه افراد مبلغ ..... ریال درخواست می گردد.</p>
۱۱	<p>آیا پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیأت کارشناسی مورد درخواست است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>❖ در صورت مثبت بودن پاسخ، حداکثر تعهد در طول مدت قرارداد تا مبلغ ..... ریال درخواست می گردد.</p> <p>❖ حداکثر تعهد قابل ارائه در طول مدت قرارداد از مبلغ ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال تجاوز نخواهد کرد.</p>
۱۲	<p>آیا پوشش مسئولیت مدنی بیمه گذار در قبال کارکنان عوامل اجرایی مورد درخواست است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>❖ در کارفرمای ساختمانی (احداث بنا) مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان عوامل اجرایی بصورت خودکار تحت پوشش بوده و نیازی به انتخاب این کلوز نیست.</p>
۱۳	<p>آیا پوشش مسئولیت مدنی بیمه گذار در قبال شخص عوامل اجرایی مورد درخواست است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>❖ در کارفرمای ساختمانی (احداث بنا) مسئولیت بیمه گذار در قبال شخص عوامل اجرایی بصورت خودکار تحت پوشش بوده و نیازی به انتخاب این کلوز نیست.</p>

### ه) تعهدات درخواستی

..... ریال	حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه
..... ریال	حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای کل اشخاص در طول مدت اعتبار بیمه نامه
..... ریال	حداکثر تعهد غرامت فوت و نقص عضو در ماههای عادی برای هر نفر و در هر حادثه
..... ریال	حداکثر تعهد غرامت فوت در ماههای حرام برای هر نفر و در هر حادثه
..... ریال	حداکثر تعهد غرامت فوت و نقص عضو برای کل اشخاص در طول مدت اعتبار بیمه نامه

### و) مدت بیمه نامه

بیمه نامه به مدت ..... روز، از ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۴ تا ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۴ 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: / / ۱۴

..... مهر و امضاء نمایندگی:

نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده (بیمه گذار): .....

..... مهر و امضاء