

LAF058

تجدید نظر: 05

صفحه: 4 از 4

شرکت بیمه سامان



فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان ساختمانی

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

شخص حقیقی	شخص حقوقی
نام و نام خانوادگی:	نام (مؤسسه، شرکت، سازمان):
تاریخ تولد: 13 / /	دولتی £ خصوصی £ تعاونی £
شماره ملی (الزامی است):	تاریخ تأسیس: / / 13
سابقه کار در حرفه‌ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید	شماره ثبت:
.....	شناسه ملی / کد اقتصادی (الزامی است):

نشانی بیمه گذار:

تلفن ثابت: تلفن همراه: دورنگار: کد پستی:

نشانی محل مورد بیمه:

تلفن ثابت: تلفن همراه: دورنگار: کد پستی:

آیا تاکنون بیمه‌نامه مسئولیت برای پروژه‌ای خریداری نموده‌اید؟ بلی £ خیر £

در صورتیکه پاسخ مثبت است نام پروژه و شرکت بیمه صادرکننده آن را بنویسید:

.....

آیا در زمان اجرای پروژه‌های گذشته خسارتی به کارکنان شما وارد شده است؟ بلی £ خیر £

در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید.

.....

مشخصات پروژه ساختمانی مورد بیمه (ساختمان در حال احداث)

نشانی کامل محل اجرای پروژه ساختمان سازی:

.....

.....

متراژ کل بنا: متر مربع

شماره پروانه ساخت:

نوسان متراژ کل بنا حداکثر تا سقف 5 درصد به صورت رایگان تحت پوشش بیمه نامه صادره قرار خواهد گرفت.

تعداد کل طبقات با احتساب طبقات زیرزمین: طبقه

تاریخ صدور پروانه ساخت: / /

تعداد طبقات زیرزمین: طبقه

نوع اسکلت ساختمان: بتون £ فلز £ اسکلت پیچ و مهره‌ای (LSP) £

تعداد بلوک‌ها:

مشخصات ماشین آلات

در صورتیکه در پروژه از ماشین آلات ساختمانی استفاده می‌نمایید، موارد را مشخص فرمایید.

جرثقیل £ تاورکرین £ لودر £ بلدوزر £ بابکت £ مینی بابکت £

سایر موارد:

* آیا ماشین آلات ساختمانی مذکور دارای پوشش بیمه‌ای شخص ثالث می‌باشد؟

* آیا ماشین آلات مذکور جزء اموال شخص کارفرما محسوب شده یا استیجاری می‌باشند؟

LAF058

تجدید نظر: 05

صفحه: 2 از 4

شرکت بیمه سامان

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسؤلیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان ساختمانی



وضعیت فعلی پروژه (احداث بنا)

£ زمین بایر (ساختمان سالم)

£ در حال تخریب

£ اتمام تخریب و شروع گودبرداری و پی‌ریزی

£ در حال نصب اسکلت فلزی

£ در حال ساخت اسکلت بتونی

£ اتمام نصب اسکلت فلزی و اتمام کامل سقف‌ها

£ اتمام ساخت اسکلت بتونی و اتمام کامل سقف‌ها

£ اتمام کامل نمای ساختمان

چنانچه پروژه ساختمانی از چند بلوک تشکیل شده، پیشرفت کار در هر بلوک را بطور مجزا شرح دهید:

مشخصات کارکنان/ وضعیت ایمنی کارکنان و محیط کار

ساعت کار کارکنان: از ساعت تا ساعت

آیا کارکنان در روزهای تعطیل هم کار می‌کنند؟ بلی £ خیر £

آیا در کارگاه ساختمانی مورد بیمه، واحد HSE (ایمنی در کار) مستقر میباشد؟ بلی £ خیر £

نوع وسایل ایمنی و حفاظتی موجود در محل مورد بیمه را نام ببرید.

آیا وسایل کمک‌های اولیه در محل مورد بیمه وجود دارد؟ بلی £ خیر £

نام نزدیکترین بیمارستان و درمانگاه به محل اجرای پروژه: فاصله تقریبی تا محل مورد بیمه: کیلومتر

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

مدت بیمه‌نامه: روز. تاریخ شروع: از ساعت 24 روز / / 13 تاریخ انقضاء: تا ساعت 24 روز / / 13

پوششها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	
حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه	
حداکثر غرامت دیه دوم و مازاد بر دیه اول هر نفر در هر حادثه	
حداکثر غرامت دیه دوم و مازاد بر دیه اول در طول مدت بیمه نامه	

پوشش های تکمیلی

1. پوشش محل اقامت موقت و استراحتگاه موقت، اماکن وابسته به کارگاه نظیر رستوران، حمام و سالن ورزشی (خارج از محدوده مکانی تحت پوشش بیمه نامه) بلی £ خیر £ نشانی
 2. پوشش مأموریت های خارج از محوطه کارگاه به استثناء حوادث وسیله نقلیه موتوری بلی £ خیر £
(ارائه نام افراد مأمور در زمان صدور بیمه نامه و یا 24 ساعت قبل از اعزام به مأموریت الزامی است)
 3. آیا مایل هستید خسارت های بدنی وارد به کارکنان در اثر حوادث وسیله نقلیه موتوری زمین مشروط به احراز مسئولیت بیمه گذار و به صورت «پوشش با تعهدات کامل وسیله نقلیه موتوری زمینی» تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرد؟ بلی £ خیر £
 4. پوشش مسئولیت پیمانکاران فرعی (این پوشش به صورت اجباری در کلیه بیمه نامه های مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان ساختمانی ارائه میگردد)
 5. چگونگی پرداخت غرامت های فوت و نقص عضو را مشخص نمایید :
پرداخت خسارت صرفاً با رأی دادگاه £ پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه و با احراز مسئولیت بیمه گذار از سوی بیمه گر £
 6. مایل هستید هزینه های پزشکی به چه شکلی پرداخت شوند؟
طبق تعرفه وزارت بهداشت £ بدون اعمال تعرفه و صرفاً براساس صورتحساب های مراکز درمانی £
 7. خسارت جانی وارد به اشخاص ثالث ناشی از مسئولیت مستقیم شخص بیمه گذار در محدوده مکانی و یا در مجاورت محدوده مکانی مورد بیمه (این پوشش اضافی تا سقف 2 نفر را تحت پوشش قرار خواهد داد.) بلی £ خیر £
 8. پوشش هزینه های کارشناسی و دفاع از بیمه گذار : بلی £ خیر £
 9. پوشش هزینه های وکالت از 1.000.000 ریال تا 50.000.000 ریال (لطفاً سرمایه مورد نظر خود را تعیین نمایید)
بلی £ سقف سرمایهریال خیر £
 10. بکارگیری کارکنان در مشاغل غیر تخصصی ولی مرتبط با فعالیت اصلی موضوع بیمه بلی £ خیر £
 11. پوشش جبران هزینه انتقال مصدوم بلی £ خیر £
 12. پوشش جبران هزینه انتقال متوفی بلی £ خیر £
 13. پوشش اضافی صدمات جسمانی به کارکنان بیمه گذار ناشی از هر نوع حمل حیوانات و حیوانات وحشی و هر نوع گزیدگی توسط حیوانات، حشرات و گیاهان سمی
بلی £ خیر £
 14. مابه التفاوت دیه سالهای آتی : یک سال £ دو سال £ سه سال £
 15. آیا مایل هستید مطالبات سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی (موضوع تبصره یک ماده 66 قانون تأمین اجتماعی) بابت مستمری کارکنان نیز تحت پوشش قرار گیرد؟ بلی (£ لطفاً سرمایه مورد درخواست خود را مشخص فرمایید) برای هر نفرریال و در طول مدت بیمهریال. خیر £
 16. مسئولیت بیمه گذار در قبال خسارت بدنی وارد به کلیه عوامل اجرائی از قبیل پیمانکاران فرعی (که دارای قرارداد مکتوب با بیمه گذار هستند)، کارکنان پیمانکاران فرعی، مهندسین ناظر و مشاور طرف قرارداد با بیمه گذار (صرفاً در محل اجرای پروژه) بلی £ خیر £
 17. آیا مایل هستید شخص بیمه گذار تحت پوشش بیمه نامه قرار گیرد. (این پوشش اضافی صرفاً بابت بیمه گذاران حقیقی بوده و تحت شمول شرایط بیمه حوادث موضوع آیین نامه 84 شورایی بیمه می باشد.) بلی £ خیر £
- در بررسی خسارات احتمالی از محل پوشش این بیمه نامه در صورتیکه اثبات گردد مترائزیربنای اظهار شده از سوی بیمه گذار کمتر از مترائز واقعی زیربنا مندرج در جواز ساختمانی می باشد خسارت با رعایت ماده 13 قانون بیمه و اعمال قاعده نسبی حق بیمه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

LAF058

تجدید نظر: 05

صفحه: 4 از 4

شرکت بیمه سامان



فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسؤلیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان ساختمانی

چنانچه خواسته ای مازاد بر موارد فوق الذکر دارید، این قسمت را تکمیل نمایید.

.....

.....

.....

بیمه‌گذار محترم، چنانچه مایل هستید سهمی از خسارتهای هزینه پزشکی را شخصاً عهده‌دار شوید میزان آن را مشخص فرمایید.

بلی £: پنج درصد £ ده درصد £ پانزده درصد £ بیست درصد £ بیست و پنج درصد £
خیر £

* * بدینوسیله اعلام می‌دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد براساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می‌باشد و موافقت می‌نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. * *

- بیمه‌گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه‌نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

- بیمه‌گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

- خسارت مربوط به کارکنان با تابعیت غیرایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می‌باشد که دارای اقامت با حق کارمشخص و معتبر بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.

* * به اطلاع می‌رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه‌نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه‌گذار بیمه‌نامه صادر خواهد گردید. * *

نماینده/کارگزار:

مهر، امضاء و تاریخ

بیمه‌گذار:

مهر، امضاء و تاریخ