

# بیمه یابسان گاد



پرسش نامه و پیشنهاد بیمه نامه 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):

نشانی:

تلفن:

کد ملی / شناسه ملی:

کد اقتصادی:

کد پستی:

مدت بیمه:

از ساعت ۲۴ روز:

الی ساعت ۲۴ روز:

نشانی محل کار:

تلفن:

موضوع فعالیت را به اختصار شرح دهید:

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

آیا برای انجام کار از پیمانکاران استفاده می نمایید؟  خیر  بله

در صورت پاسخ مثبت تعداد پیمانکاران را بنویسید:

پیمانکاران مورد نظر در چه زمینه هایی در پروژه فعالیت می نمایند؟

چنانچه در محل کار از ماشین آلات صنعتی استفاده می گردد نوع و تعداد آن را مشخص نمایید:

در صورت تردد وسایل نقلیه زمینی در محل کار ، نوع و میزان تردد آنها را مشخص نمایید:

نوع وسایل ایمنی مورد استفاده در محل کار را شرح دهید:

آیا قبلاً برای این موضوع فعالیت، بیمه نامه مسئولیت خریداری شده است:  خیر  بله نام بیمه گر:

شماره بیمه نامه: مدت بیمه نامه: تاریخ انقضاء:

شرح حوادثی که در سه سال قبل در محل کار اتفاق افتاده است را بنویسید:

نوع حادثه	دفعات وقوع حادثه	تعداد نفرات	علل حوادث
فوت			
نقص عضو			
هزینه پزشکی			

وضعیت نیروی کار در محل:

( شامل کارکنان کارفرما ، پیمانکاران فرعی و ... )

بیمه حادثه و عمر				بیمه تأمین اجتماعی		تعداد نوبت کاری	تعداد نفر		نیروی کار		
تاریخ انقضاء بیمه	نام بیمه گر	سرمایه بیمه (ریال)	دارند	ندارند	دارند		ندارند	حداقل	حداکثر	ثابت و دائمی	بیمه گذار
										موقت	
										ثابت و دائمی	پیمانکاران
										موقت	فرعی

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

حداکثر مبلغ (ریال)	تعهدات بیمه گر
	جبران خسارت فوت و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی
	جبران خسارت فوت هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام
	جبران خسارت فوت و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی طی دوره بیمه
	جبران هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه
	جبران هزینه های پزشکی طی دوره بیمه

پوشش های تکمیلی مورد درخواست را مشخص نمایید:

- (۱) پوشش پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه
- (۲) پوشش جبران هزینه های پزشکی بر اساس صورت حسابهای معتبر از مراکز درمانی
- (۳) پوشش بیمه ای برای حوادث ناشی از کار در اماکن وابسته به کارگاه مانند رستوران ، حمام ، سالن ورزشی و ...
- (۴) پوشش بیمه ای برای مأموریت های خارج از کارگاه کارکنان ( به استثناء خسارات ناشی از حوادث وسایل نقلیه موتوری زمینی )
- (۵) جبران خسارت مربوط به هزینه های پزشکی شخص بیمه گذار که ناشی از حادثه در محل کار به نشانی مذکور در بیمه نامه باشد.
- (لازم به توضیح است که شخص بیمه گذار مشمول جبران خسارت فوت و نقص عضو نمی باشد)
- (۶) پوشش بیمه ای برای مسئولیت پیمانکاران فرعی طرف قرارداد بیمه گذار
- (۷) پوشش بیمه ای برای مسئولیت مهندسین ناظر ، طراح و محاسب
- (۸) پوشش بیمه ای برای حوادث ناشی از فعالیتهای غیر تخصصی کارکنان
- (۹) پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار برای جبران خسارت فوت و نقص عضو وارد به اشخاص ثالث
- (۱۰) پوشش بیمه ای مازاد بر یک دیه ( نقص عضوهای بیش از یک دیه ) حداکثر تا مبلغ ..... ریال
- (۱۱) پوشش بیمه ای برای پرداخت خسارت بابت جرح بدون وجود نقص عضو دائم ( ارش )
- (۱۲) پوشش بیمه ای تأمین مطالبات سازمان تأمین اجتماعی ( موضوع تبصره ۱ ماده ۶۶ ) حداکثر تا مبلغ ..... ریال
- (۱۳) پوشش بیمه ای مابه التفاوت دیه سالهای بعد : (۱۳/۱) تا یک سال  (۱۳/۲) تا دو سال
- (۱۴) پوشش بیمه ای برای حوادث رانندگی مازاد بر تعهدات قانونی بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه زمینی در مقابل شخص ثالث
- (۱۵) پوشش بیمه ای غرامت دستمزد روزانه به ازای هر روز مبلغ ..... ریال
- (۱۶) پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار در مقابل پیمانکارانی که مستقیماً با وی قرارداد دارند.
- (۱۷) پوشش بیمه ای برای مسئولیت بیمه گذار حین ایاب و ذهاب کارکنان
- (۱۸) پوشش بیمه ای برای مسئولیت کارکنان بیمه گذار ناشی از قصور و اهمال غیر عمدی آن ها
- (۱۹) پوشش بیمه ای حذف فرانشیز هزینه های پزشکی
- (۲۰) پوشش بیمه ای عدم اعمال قاعده نسبی

محاسبه حق بیمه:

بدین وسیله اعلام می دارد که 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.

مهر و امضاء:

تاریخ تنظیم:

نام بیمه گذار:

اعتبار این پیشنهاد منوط به صدور بیمه نامه می باشد و این ورقه به تنهایی موجد 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.

مهر و امضاء نماینده/کارگزار:

نماینده/کارگزار:

بازاریاب: