

### پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان

#### الف) مشخصات عمومی :

۱. نام کامل بیمه گذار (حقیقی، حقوقی) :	وضعیت حقوقی بیمه گذار : دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> شماره ملی (شخص حقیقی/شخص حقوقی) :	کد اقتصادی (شخص حقوقی) :
۲. نشانی و تلفن بیمه گذار :		
کد پستی :		
۳. عمده ترین پروژه ها و فعالیت هایی که توسط متقاضی بیمه طی پنج سال گذشته انجام شده با ذکر موضوع :		
۴. تعداد حوادث و مبالغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت بیمه گذار در پنج سال گذشته (به تفکیک هر حادثه) :		
۵. آیا در سال گذشته دارای بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان بوده اید : <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
در صورت پاسخ مثبت نام شرکت بیمه و شماره بیمه نامه را قید فرمایید.		

#### ب) موضوع فعالیت بیمه گذار :

۱. چنانچه نوع فعالیت ساختمانی می باشد موارد زیر را تکمیل فرمایید :		
موضوع پروژه ساختمانی : .....		
نوع اسکلت : بتونی <input type="checkbox"/> فلزی <input type="checkbox"/>	مساحت کل زیر بنا <input type="text"/>	تعداد طبقات (با احتساب زیرزمین) <input type="text"/>
تخریب واحدها بنا <input type="checkbox"/>	احداث بنا <input type="checkbox"/>	احداث سوله <input type="checkbox"/>
گودبرداری : (انجام گردیده <input type="checkbox"/> انجام نگردیده <input type="checkbox"/>	نصب اسکلت <input type="checkbox"/>	انجام نمای ساختمان <input type="checkbox"/>
نشانی محل کار :		
۲. چنانچه نوع فعالیت خدماتی، بازرگانی و صنعتی می باشد موارد زیر را تکمیل فرمایید :		
موضوع فعالیت : .....		
تعداد کارکنان ثابت (دایمی) <input type="text"/>	تعداد کارکنان متغیر (قراردادی و روزمزد) : حداقل <input type="text"/> نفر حداکثر <input type="text"/> نفر	
تعداد نوبت کاری (شیفت) <input type="text"/>		
توضیح : چنانچه انجام کار به صورت شیفتی باشد، مجموع نیروی کار در چند شیفت درج گردد <input type="text"/> نفر (شیفت اول <input type="text"/> نفر. شیفت دوم <input type="text"/> نفر. شیفت سوم و بیشتر <input type="text"/> نفر)		
نشانی محل کار :		
۳. چنانچه نوع فعالیت پروژه عمرانی می باشد موارد زیر را تکمیل فرمایید :		
موضوع کار : .....		
تعداد کارکنان ثابت (دایمی) <input type="text"/> نفر	تعداد کارکنان متغیر (قراردادی و روزمزد) : حداقل <input type="text"/> نفر حداکثر <input type="text"/> نفر	
نام صاحب کار :		
نشانی محل کار :		

#### ج) مدت بیمه و حداکثر پوشش های بیمه ای مورد درخواست :

۱. مدت بیمه :	تاریخ شروع از ساعت ۲۴ روز :	تاریخ انقضاء تا ساعت ۲۴ روز :
۲. حدود تعهدات درخواستی بیمه گذار :		
حداکثر هزینه پزشکی (برای هر نفر در هر حادثه)	ریال	
حداکثر هزینه پزشکی (برای کلیه کارکنان در طول مدت بیمه)	ریال	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو ماه های عادی (برای هر نفر در هر حادثه)	ریال	
حداکثر غرامت فوت ماه های حرام (برای هر نفر در هر حادثه)	ریال	
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو (برای کلیه کارکنان در طول مدت بیمه)	ریال	

**ت ( کلوژهای مورد درخواست رامشخص فرماید :**

<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۱. اماکن وابسته به کارگاه:</b> صدمات بدنی کارکنان بیمه گذار در اماکن وابسته به کارگاه در محل موضوع بیمه نامه مانند محل اقامت، رستوران، حمام، سالن ورزشی و کلیه تاسیساتی که به اقتضای کارمعلق به کارگاه می باشند در تعهد بیمه گراست.
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۲. اهمال غیر عمدی توسط کارکنان:</b> مسئولیت مدنی کارکنان بیمه گذار در قبال صدمات بدنی ناشی از حوادث حین کار به دلیل قصور، اشتباه و یا اهمال غیر عمدی کارکنان بیمه گذار به سایر کارکنان در محدوده مورد بیمه در تعهد بیمه گر می باشد.
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۳. مأموریت کارکنان:</b> صدمات بدنی کارکنان بیمه گذار در مأموریت های خارج از کارگاه در تعهد بیمه گرمی باشد. (کارکنان مأمور خارج از کارگاه مشروط به اینکه اسامی آنها توسط بیمه گذار قبل از شروع به کار اعلام و بیوست بیمه نامه شده باشد، تحت پوشش می باشند)
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۴. حوادث وسایل نقلیه موتوری:</b> مسئولیت بیمه گذار برای صدمات بدنی کارکنان ناشی از حوادث نقلیه موتوری بارعایت موارد ذیل در تعهد بیمه گرمی باشد. ۴/۱. حداکثر تعهد بیمه گرد طول مدت بیمه نامه از (یک) دپه (ماههای عادی یا حرام سال صدور بیمه نامه) تجاوز نخواهد کرد. ۴/۲. در صورتیکه وسیله نقلیه عامل حادثه متعلق و یا در اختیار بیمه گذار و دارای بیمه نامه شخص ثالث باشد، تعهدات بیمه گرم محدود به مازاد تعهدات بیمه نامه و در صورت عدم وجود بیمه نامه شخص ثالث کل خسارت در تعهد بیمه گر است. ۴/۳. در صورتی که وسیله نقلیه عامل حادثه متعلق به بیمه گذار و یا در اختیار وی نباشد پس از پرداخت خسارت توسط بیمه گر کلیه حقوق بیمه گذار و یا زباندیده در قبال مقصر حادثه به بیمه گرم منتقل می گردد. بیمه گذار موظف است از هر عملی که دعوی بیمه گر را علیه مسئول خسارت دچار اشکال مینماید خودداری نماید.
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۵. جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه:</b> هزینه های پزشکی ناشی از حوادث تحت پوشش بیمه نامه بدون اعمال تعرفه و بر اساس صورتحساب ارائه شده از سوی بیمه گذار طبق عرف بیمارستان یا مرکز درمانی جبران می گردد.
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۶. پوشش هزینه های پزشکی بدون اعمال فرانشیز:</b> هزینه های پزشکی وارده بدون اعمال فرانشیز پرداخت می گردد.
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۷. پوشش بیمه ای مازاد بر یک دپه (دپه دوم و بیشتر):</b> مسئولیت بیمه گذار جهت خسارت نقص عضو کارکنان که بیش از سقف (یک) فقره دپه ماههای عادی سال صدور بیمه نامه و حداکثر تا سقف ..... فقره دپه (به شرح ذیل) در تعهد بیمه گر می باشد: سقف (یک) فقره دپه <input type="checkbox"/> سقف ۲ (دو) فقره دپه <input type="checkbox"/> سقف ۳ (سه) فقره دپه <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۸. پوشش بیمه ای افزایش ریالی دپه:</b> تعهدات بیمه گر به ارزش روز دپه زمان پرداخت خسارت از تاریخ شروع بیمه نامه به مدت ..... (به شرح ذیل) افزایش می یابد. یک سال <input type="checkbox"/> دو سال <input type="checkbox"/> سه سال <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۹. پرداخت خسارت بدون رای دادگاه:</b> ۹/۱. غرامت فوت بر اساس سرمایه مندرج در بیمه نامه و یا معادل ارزاترین نوع دپه رایج (هر کدام که کمتر باشد) محاسبه می گردد. ۹/۲. در صدهای نقص عضو یا نظیر پزشک معتمد بیمه گر تعیین می گردد. غرامت نقص عضو بر مبنای درصد های مشخص شده و یا معادل ارزاترین نوع دپه رایج (هر کدام که کمتر باشد) محاسبه می گردد.
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۱۰. مطالبات سازمان های تامین اجتماعی و خدمات درمانی:</b> بیمه گرم مطالبات سازمان تامین اجتماعی و یا سازمان خدمات درمانی از بیمه گذار بابت هزینه های مربوط به معالجه، غرامت، مستمری و غیره تعیین شده به لحاظ فوت، نقص عضو، بروز جراحت و بیماری کارکنان را بر اساس مفاد ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی تا سقف ..... (به شرح ذیل) جبران می نماید. یک چهارم دپه (ماه عادی سال صدور بیمه نامه) <input type="checkbox"/> یک دوم دپه (ماه عادی سال صدور بیمه نامه) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۱۱. پوشش بیمه ای غرامت روزانه:</b> غرامت دستمزد کارکنان بیمه گذار طبق مفاد ماده ۶۳ قانون تامین اجتماعی تحت پوشش بیمه نامه قرار دارد. کارکنان متخصص <input type="checkbox"/> ریال
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۱۲. پوشش بیمه ای مواد ناریه:</b> صدمات بدنی وارده به کارکنان بیمه گذار ناشی از نگهداری، حمل، جابجایی، آتش کاری و کاربرد مواد ناریه تحت پوشش بیمه نامه قرار دارد.
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۱۳. پوشش بیمه ای حوادثی که ارتباطی با موضوع فعالیت ندارد:</b> مسئولیت بیمه گذار در قبال صدمات بدنی وارده به کارکنان بیمه گذار ناشی از حوادثی که ارتباطی با موضوع فعالیت بیمه شده ندارد در محدوده مورد بیمه تحت پوشش می باشد.
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۱۴. پوشش بیمه ای افزایش کارکنان تا ۲۰٪ (در صورت عدم اظهار بیمه گذار):</b> صدمات بدنی وارده به کارکنان در صورت افزایش حداکثر تا +۲۰٪ تعداد اظهار شده در پرسشنامه اولیه که توسط بیمه گذار در طول مدت اعتبار بیمه نامه به بیمه گرا اعلام نگردیده باشد در تعهد بیمه گر می باشد.
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۱۵. پوشش بیمه ای پرداخت خسارت وارده به کارکنان اتباع خارجی:</b> پوشش پرداخت خسارت اتباع خارجی دروجه ..... ، مبنی بر اینکه بیمه گذار بر اساس رای مراجع قضایی ملزم به پرداخت خسارت دروجه زیان دیده گردد. بیمه گذار <input type="checkbox"/> پیمانکاران اصلی یا فرعی <input type="checkbox"/> بیمه گذار یا پیمانکاران اصلی یا فرعی <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۱۶. پوشش بیمه ای برای شخص صاحبکار، بیمه گذار، کارفرما و پیمانکار:</b> صدمات بدنی وارده به صاحبکار، بیمه گذار، کارفرما و پیمانکار (اشخاص حقیقی) در اثر خطرات موضوع بیمه فقط در محل مورد بیمه بارعایت سقف تعهدات مندرج در بیمه نامه جبران می گردد.
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۱۷. مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان پیمانکاران اصلی و فرعی:</b> مسئولیت بیمه گذار در قبال صدمات بدنی وارده به کارکنان پیمانکاران اصلی و فرعی ناشی از حوادث حین کار که در محدوده مکانی تحت پوشش بیمه نامه به وقوع پیوسته باشد در تعهد بیمه گر می باشد.
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۱۸. مسئولیت صاحبکار در قبال کارکنان بیمه گذار، پیمانکاران اصلی و فرعی:</b> مسئولیت صاحبکار در قبال صدمات بدنی وارده به کارکنان بیمه گذار، پیمانکاران اصلی و فرعی بیمه می گردد.
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۱۹. پوشش بیمه ای عوامل ناظر و مشاور بیمه گذار:</b> صدمات بدنی وارده به عوامل ناظر و مشاور بیمه گذار در اثر خطرات موضوع بیمه فقط در محل مورد بیمه بارعایت سقف تعهدات مندرج در بیمه نامه جبران می گردد.
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۲۰. مسئولیت عوامل ناظر و مشاور بیمه گذار:</b> مسئولیت عوامل ناظر و مشاور در قبال صدمات بدنی وارده به کارکنان مورد بیمه تحت پوشش می باشد.
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۲۱. مسئولیت صاحبکار در قبال عوامل ناظر و مشاور بیمه گذار:</b> مسئولیت صاحب کار در قبال عوامل ناظر و مشاور بیمه گذار در برابر صدمات بدنی بیمه می گردد.
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۲۲. مسئولیت پیمانکاران اصلی و فرعی:</b> مسئولیت پیمانکاران اصلی، فرعی و کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی که اجرای بخش یا بخش هایی از موضوع فعالیت رابه عهده دارند در قبال صدمات بدنی کارکنان بیمه گذار و کارکنان پیمانکاران اصلی، فرعی و کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی بیمه می گردد
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۲۳. مسئولیت بیمه گذار در قبال صدمات بدنی وارده اشخاص ثالث:</b> مسئولیت بیمه گذار برای صدمات بدنی وارد به اشخاص ثالث ناشی از موضوع فعالیت بیمه گذار در محدوده مورد بیمه در تعهد بیمه گرمی باشد.
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۲۴. پوشش بیمه ای ارش:</b> مسئولیت بیمه گذار در قبال صدمات بدنی منتج به ارش طبق مفاد ماده ۳۶۷ قانون مجازات اسلامی تحت پوشش این بیمه نامه قرار دارد. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>کلوژ ۲۵. کسر هزینه پزشکی از مبلغ فوت و نقص عضو:</b> در صورتی که قبل از صدور رای توسط مراجع ذیصلاح بیمه گرم مبلغی بابت هزینه پزشکی پرداخت نموده باشد، مبلغ پرداختی از مبلغ تعیین شده توسط مراجع ذیصلاح کسر و مابه التفاوت حداکثر تا سرمایه فوت و نقص عضو مندرج در جدول تعهدات پرداخت خواهد شد. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

**بیمه گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید .**

بدینوسیله اعلام می دارد اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد مقرون به صحت و منطبق با اطلاعات و یقین اینجانب / این شرکت می باشد و موافقت دارد که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد .

**تاریخ تکمیل:**

**مهر و امضاء بیمه گذار:**

در صورتی که پرسشنامه توسط شعبه / نماینده / شرکت نماینده / کارگزار تکمیل شده باشد، ایشان مکلف است متن ذیل را به دقت مورد مطالعه قرار داده و امضاء نماید . بدینوسیله اعلام می دارد اطلاعات و اظهارات مندرج در پرسشنامه از افراد مطلع اخذ گردیده و متعهد می گردد در صورتی که تغییری در اطلاعات مذکور مشاهده گردید مراتب در اسرع وقت به بیمه گر اطلاع داده شود . بدیهی است چنانچه برای بیمه گر محرز گردد که اطلاعات ارائه شده در پرسشنامه با واقعیت منطبق نباشد بیمه گر مجاز خواهد بود مابه التفاوت حق بیمه پرداخت شده به حق بیمه واقعی را از کارمزد اینجانب کسر نماید و در صورت وقوع خسارت بخشی از خسارت ( متناسب با مابه التفاوت حق بیمه دریافت نشده ) به تشخیص بیمه گر به عهده اینجانب خواهد بود .

**تاریخ تکمیل:**

**مهر و امضاء شعبه / نماینده / شرکت نمایندگی / کارگزار:**

**کد شعبه / نماینده / شرکت نمایندگی / کارگزار:**

نشانی واحد صدور:

تلفن واحد صدور: