

مشخصات بیمه گذار	نام کامل بیمه گذار ( حقیقی / حقوقی ) :	کد نماینده/کار گزار:
	کد ملی / شناسه ملی : ..... شماره شناسنامه / شماره ثبت : ..... کد اقتصادی .....	نشانی بیمه گذار : .....
کد پستی :	تلفن :	دورنگار :
نشانی محل مورد بیمه : .....	تلفن همراه :	
فهرست بعضی از بزرگترین کارهای اجرا شده توسط پیشنهاد دهنده در پنج سال گذشته با ذکر موضوع و ارزش قرارداد :		
تعداد حوادث و مبالغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت پیشنهاد دهنده در ۲سال گذشته را به تفکیک هر حادثه اعلام فرمایید:		
مشخصات موضوع فعالیت و نیروی کار	۱- مرحله عملیات ساختمانی را مشخص نموده و موارد زیر را پاسخ فرمائید : تخریب <input type="checkbox"/> گودبرداری <input type="checkbox"/> فونداسیون <input type="checkbox"/> نصب اسکلت فلزی <input type="checkbox"/> سفت کاری <input type="checkbox"/> نازک کاری <input type="checkbox"/> شرح فعالیتهای در حال انجام در مرحله انتخاب شده و میزان پیشرفت فیزیکی پروژه :	
	مساحت کل بنا ( طبق پروانه ساختمانی ) ..... متر مربع جواز ساخت : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> *در صورت ساخت و ساز بیش از متراژ مجاز در جواز ساخت ، میزان متراژ مورد نظر چند متر مربع می باشد ؟ ..... تعداد طبقات ..... طبقه ..... تعداد بلوک : ..... بلوک ..... نوع اسکلت : بتونی <input type="checkbox"/> فلزی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
۲-در ارتباط با نیروی کار شاغل موارد زیر را مشخص نمائید : نوع استخدام و تعداد کارکنان بیمه گذار : ثابت ( دائمی ) : ..... نفر / قراردادی : حداقل ..... نفر و حداکثر ..... نفر / روزمزد : حداقل ..... نفر و حداکثر ..... نفر آیا کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی یا خدمات درمانی می باشند ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تعداد کارکنان پیمانکار یا پیمانکاران ( اصلی و فرعی ) شاغل در پروژه : نیروی کار ثابت ( دائمی ) : ..... نفر / نیروی کار متغیر حداقل ..... نفر و حداکثر ..... نفر		
آیا تمایل به صدور بیمه نامه به صورت با نام دارید ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ( در صورت با نام بودن ضروری است لیست اسامی کلیه کارکنان در زمان صدور بیمه نامه ارائه و تغییرات مربوطه در طول مدت اعتبار بیمه نامه حداکثر ظرف مدت ۳روز کاری کتبا اعلام گردد ) چنانچه مایل هستید هزینه پزشکی بیمه شدگان مازاد بر هزینه های قابل جبران توسط سازمان تامین اجتماعی و یا سازمان خدمات درمانی پرداخت گردد مشخص فرمایید : بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
خطرات احتمالی	خطرات احتمالی برای کارکنان را شرح دهید :	
مدت بیمه	مدت بیمه مورد درخواست : ..... روز از ساعت ۲۴ روز ..... تا ساعت ۲۴ روز .....	
تعهدات درخواستی	ریال	تعهد بیمه گر برای جبران هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه
	ریال	حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه
	ریال	تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی
	ریال	تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام
	ریال	حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران حوادث منجر به غرامات مازاد بر دیه اول برای هر نفر در هر حادثه
	ریال	حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران غرامت های فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه

\*با توجه به شرایط بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان، خسارات ناشی از حوادث زیر تحت پوشش نمی باشند:

هر گونه حادثه خارج از محیط کار، حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری، حوادث غیر مرتبط با نوع فعالیت بیمه گذار ، خسارت وارد به کارکنان ناشی از مسئولیت پیمانکاران فرعی، ناظران و مشاوران ، غرامات وارده به شخص بیمه گذار یا صاحبکار، و نیز اشخاص ثالث و پرداخت هر گونه غرامت فوت و نقص عضو بدون رأی دادگاه و پرداخت هزینه های پزشکی بدون تعرفه وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی.

چنانچه تمایل دارید، می توانید با انتخاب پوشش های تکمیلی زیر و پرداخت حق بیمه اضافی ، نسبت به اخذ پوشش استثنائات فوق اقدام فرمایید:

- پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار برای مأموریت های خارج از کارگاه کارکنان ( با ارائه اسامی و نوع مأموریت)
- پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار برای حوادث وسایل نقلیه موتوری زمینی در محیط کارگاه برای کارکنان
- پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار برای حوادث نقلیه موتوری خارج از کارگاه و در حین ایاب و ذهاب کارکنان
- پوشش بیمه ای مسئولیت مدنی پیمانکاران اصلی و فرعی در قبال کارکنان
- پوشش بیمه ای مسئولیت مهندسین ناظر و مشاور در قبال کارکنان
- پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان در اماکن وابسته به محیط کار
- پوشش بیمه ای افزایش دیات برای سالهای آتی یکسال  دوسال
- پوشش بیمه ای حادثه شخص بیمه گذار یا صاحبکار ( حقیقی)
- در صورتیکه شخص بیمه گذار(حقیقی) شخصا نسبت به انجام کار در محوطه کارگاه اقدام مینماید مشخص کنید: بلی  خیر

((در صورتیکه پاسخ بیمه گذار بلی باشد بیمه گر بایستی یک نفر را به ضریب نیروی کار اضافه نماید)).

- پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان ، ناشی از حوادث غیر مرتبط با فعالیت اصلی بیمه شده در محیط کار
- پوشش بیمه ای پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه
- پوشش بیمه ای پرداخت هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه
- پوشش بیمه ای مسئولیت متقابل کارکنان بیمه گذار
- پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار در قبال خسارات جانی وارد به اشخاص ثالث ( تعهدات برای هر نفر در هر حادثه برابر تعهدات انتخابی برای کارکنان و حداکثر تا سقف دو نفر می باشد).
- پوشش بیمه ای مطالبات احتمالی سازمان تامین اجتماعی ( موضوع تبصره یک ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی )
- حداکثر میزان سرمایه مورد درخواست برای مطالبات مستمری هر نفر در هر حادثه ..... ریال
- حداکثر میزان سرمایه مورد درخواست برای مطالبات مستمری در طول مدت بیمه نامه ..... ریال

بیمه گذار محترم ، چنانچه پوشش بیمه ای خاصی در رابطه با موضوع کار خود در نظر دارید ، لطفا اعلام فرمائید .

سایر موارد

تأیید بیمه گذار

اینجانب ..... بدینوسیله اعلام و اقرار می نمایم که اظهارات و پاسخهای مندرج در این فرم پیشنهاد بطور کامل و صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است . همچنین موافقت می شود که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

نام و امضای پیشنهاد دهنده

### این قسمت توسط نماینده / کارگزار تکمیل گردد

نماینده / کارگزار موظف است به متقاضی تاکید نماید که پیشنهاد را بصورت کامل و صحیح تکمیل نماید و در صورتیکه به وظایف خود عمل ننماید طبق دستورالعمل اجرائی مراتب بررسی و اقدام گردد .

مهر و امضای نماینده/کارگزار

کد .....

تاریخ : .....