

## پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مجریان پروژه های عمرانی در مقابل کارکنان

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار : .....	نام مجری طرح (پیمانکار/کارفرما اصلی) : .....	وضعیت حقوقی متقاضی : .....																				
	نام شرکت / کارگاه : .....	کد اقتصادی : .....	شماره ثبت : .....																				
مشخصات بیمه گذار	شماره ملی : .....	تلفن همراه : .....	نمبر : .....																				
	نشانی بیمه گذار : .....	تلفن : .....																					
نام شرکت و شماره بیمه نامه سال قبل : .....																							
نام و کد نمایندگی / شعبه / معرف : .....																							
مدت	مدت بیمه : .....	روز / سال	تاریخ شروع بیمه نامه : .....																				
تاریخ پایان بیمه نامه : .....																							
مشخصات و نوع فعالیت	نام پروژه : .....																						
	نوع فعالیت شغلی : .....																						
درصد پیشرفت کار پروژه (با ذکر مرحله کار) : .....																							
تعداد نیروی کار شاغل در محل اجرای کار با احتساب تعداد کارکنان پیمانکاران :																							
تعداد کارکنان ثابت ..... نفر و تعداد کارکنان متغیر (حدافل ..... نفر ، حداکثر ..... نفر)																							
تعداد شیفت کاری : ..... شیفت حداکثر افراد شاغل در : شیفت اول ..... نفر ، شیفت دوم ..... نفر ، شیفت سوم ..... نفر																							
آیا همه کارکنان و کارگران تحت پوشش بیمه سازمان تامین اجتماعی و خدمات درمانی می باشند ؟ <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر																							
نحوه صدور بیمه نامه به چه صورتی باشد ؟ بی نام <input type="radio"/> با نام <input type="radio"/> (در صورتی که بیمه گذار لیست اسامی کارکنان را به بیمه گر اعلام نماید مشمول تخفیف خواهد شد)																							
آیا در پروژه مورد بیمه از خانواده درجه یک / خویشاوند نزدیک بیمه گذار (پدر، مادر ، همسر ، فرزند ، برادر و ... ) مشغول به کار میباشد ؟ <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر																							
(در صورت مثبت بودن پاسخ ، اسامی و نسبت آنها با بیمه گذار ذکر شود.)																							
شرح مختصر فعالیت و نحوه انجام آن : .....																							
نشانی دقیق محل فعالیت : .....																							
خطرات احتمالی	کدام یک از خطرات زیر ممکن است کارکنان را در محل فعالیت مورد تهدید قرار دهد :																						
<input type="radio"/> انفجار <input type="radio"/> سقوط اجسام <input type="radio"/> برق گرفتگی <input type="radio"/> خطر سوختگی و آتش سوزی <input type="radio"/> مصدومیت در اثر استفاده از ابزار آلات <input type="radio"/> گزیدگی حیوانات <input type="radio"/> سقوط از ارتفاع <input type="radio"/> (تا ارتفاع ..... متر) برخورد با ماشین آلات و تجهیزات <input type="radio"/> ریزش مصالح <input type="radio"/> سایر خطرات : .....																							
سوابق خسارت	تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت ، صدمات جسمانی یا هزینه پزشکی گردیده :																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>تاریخ حادثه</th> <th>نوع حادثه</th> <th>تعداد فوت</th> <th>تعداد نقص عضو</th> <th>مبلغ خسارت (ریال)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	مبلغ خسارت (ریال)															
تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	مبلغ خسارت (ریال)																			
تعهدات بیمه گر	هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه :																						
	ریال.....																						
حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه :																							
ریال.....																							
گرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی :																							
ریال.....																							
گرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام :																							
ریال.....																							
حداکثر گرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه :																							
ریال.....																							

- (۱) پوشش بیمه ای ماموریت‌های خارج از کارگاه کارکنان  ( در صورت انتخاب این پوشش نام ، نام خانوادگی و شماره ملی افراد مامور به صورت یک لیست پیوست ، تحویل بیمه گر گردد. )
- (۲) پوشش بیمه ای اماکن وابسته به کارگاه ( مانند رستوران ، حمام، سالن ورزش و ... )  ( در صورت انتخاب این پوشش نام و آدرس اماکن مورد نظر به صورت یک لیست پیوست ، تحویل بیمه گر گردد. )
- (۳) پوشش بیمه ای حوادث نقلیه موتوری مازاد بر تعهدات بیمه نامه شخص ثالث وسیله نقلیه عامل حادثه
- (۴) پوشش بیمه ای حوادث نقلیه موتوری بطور کامل
- (۵) پوشش بیمه ای مسئولیت پیمانکاران اصلی و فرعی
- (۶) پوشش بیمه ای مسئولیت مهندسين ناظر ، مشاور ، طراح ، مجری
- (۷) پوشش بیمه ای پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه
- (۸) پوشش بیمه ای پرداخت هزینه پزشکی بدون اعمال تعرفه
- (۹) پوشش تامین مطالبات سازمان تامین اجتماعی و خدمات درمانی : ( موضوع ماده ۶۶ تامین اجتماعی )  
میزان سرمایه برای هر نفر در هر حادثه : ..... ریال حداکثر میزان سرمایه در طول مدت بیمه نامه : ..... ریال
- (۱۰) پوشش بیمه ای حوادث شخص بیمه گذار، کارفرما ، پیمانکار ، ناظر ، مشاور ، طراح و مجری فقط در محل مورد بیمه
- (۱۱) پوشش بیمه ای مسئولیت کارفرما در مقابل خسارت جانی وارد به اشخاص ثالث  ( این پوشش ، جهت فعالیت های عمرانی با محل سیار قابل ارائه نمی باشد. )
- (۱۲) پوشش بیمه ای مابه التفاوت ديه سال های آتی : یک سال  دو سال  سه سال
- (۱۳) پوشش بیمه ای پرداخت حقوق یا دستمزد روزانه کارکنان  (میزان سرمایه برای کارگران ساده ..... ریال و کارگران متخصص / فنی ..... ریال و در طول مدت بیمه نامه ..... ریال )
- (۱۴) پوشش حوادثی که ارتباطی به نوع فعالیت بیمه شده ندارد ( حوادث غیر مرتبط با کار )
- (۱۵) پوشش حوادث حمل و جابجایی و استفاده از مواد ناریه و منفجره
- (۱۶) پوشش بیمه ای مازاد بر یک ديه (دیه دوم) نسبت به تعهدات غرامت نقص عضو مندرج در بیمه نامه
- ( میزان سرمایه برای هر نفر در هر حادثه ..... ریال حداکثر میزان سرمایه در طول مدت بیمه نامه ..... ریال )
- (۱۷) پوشش حذف فرانشیز هزینه های پزشکی  ( با اعمال اضافه نرخ )
- (۱۸) پوشش جبران هزینه های پزشکی مازاد بر تعهدات سازمان تامین اجتماعی و خدمات درمانی توسط بیمه گر ( با اعمال تخفیف )
- (۱۹) سایر پوشش های مورد درخواست بیمه گذار : .....

بدین وسیله اعلام میدارد که اظهارات فوق الذکر بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه مسئولیت مدنی مجریان پروژه های عمرانی در مقابل کارکنان شرکت بیمه کوثر تنظیم گردیده و همچنین موافقت می گردد این پرسشنامه ، منبای صدور بیمه نامه قرار گیرد .

نام ، امضاء و مهر بیمه گذار

مهر ، امضاء و کد نمایندگی / شعبه / معرف

تاریخ تکمیل پرسشنامه