

**پرسشنامه بیمه مسؤلیت مدنی کارفرمایان تولیدی، خدماتی، صنعتی در مقابل کارکنان**

<b>مشخصات بیمه گذار</b>	<p>نام بیمه گذار : ..... نام مجری طرح (پیمانکار/کارفرما اصلی) : ..... وضعیت حقوقی متقاضی : .....</p> <p>نام کارگاه، کارخانه / شرکت : ..... کد اقتصادی : ..... شماره ثبت : .....</p> <p>شماره ملی : ..... تلفن همراه : ..... نامبر : .....</p> <p>نشانی بیمه گذار : ..... تلفن : .....</p>																				
<b>مدت</b>	<p>نام شرکت و شماره بیمه نامه سال قبل : ..... نام و کد نمایندگی/شعبه / معرف : .....</p> <p>مدت بیمه : ..... روز/سال تاریخ شروع بیمه نامه : ..... تاریخ پایان بیمه نامه : .....</p>																				
<b>مشخصات و نوع فعالیت</b>	<p>نوع فعالیت شغلی : .....</p> <p>شرح مختصر فعالیت و نحوه انجام آن : .....</p> <p>تعداد نیروی کار شاغل در محل اجرای کار با احتساب تعداد کارکنان پیمانکاران ( در صورت وجود ) :  تعداد کارکنان ثابت ..... نفر و تعداد کارکنان متغیر (حداقل ..... نفر ، حداکثر ..... نفر)  تعداد شیفت کاری : ..... شیفت حداکثر افراد شاغل در : شیفت اول ..... نفر ، شیفت دوم ..... نفر ، شیفت سوم ..... نفر  آیا بیمه گذار (حقیقی) دارای جواز کسب و یا پروانه فعالیت می باشد؟ <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر  آیا همه کارکنان و کارگران تحت پوشش بیمه سازمان تامین اجتماعی یا خدمات درمانی می باشند؟ <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر  - نحوه صدور بیمه نامه به چه صورتی باشد؟ <input type="radio"/> 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)  - در صورت وجود فعالیت های متعدد در محل مورد بیمه، نوع و تعداد کارکنان شاغل در هر بخش را ذکر نمایید؟ .....</p> <p>نشانی دقیق محل فعالیت : ..... تلفن : .....</p>																				
<b>خطرات احتمالی</b>	<p>کدام یک از خطرات زیر ممکن است کارکنان را در محل فعالیت مورد تهدید قرار دهد :</p> <p>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 : .....</p>																				
<b>سوابق خسارت</b>	<p>تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت، صدمات جسمانی یا هزینه پزشکی گردیده :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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)																	
<b>تعهدات بیمه گر</b>	<p>هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه : ..... ریال</p> <p>حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه : ..... ریال</p> <p>گرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی : ..... ریال</p> <p>گرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام : ..... ریال</p> <p>حداکثر گرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه : ..... ریال</p>																				

۱) پوشش بیمه ای مأموریت‌های خارج از کارگاه کارکنان  (در صورت انتخاب این پوشش نام، نام خانوادگی و شماره ملی افراد مأمور 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 مزاد 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 فعالیت‌های خدماتی قابل ارائه نمی باشد.)

۱۲) پوشش بیمه ای مابه التفاوت دیه سال‌های 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 مزاد بر یک دیه (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 هزینه‌های پزشکی  (با اعمال اضافه نرخ)

۱۸) پوشش جبران هزینه‌های پزشکی مزاد بر تعهدات سازمان تامین اجتماعی و خدمات درمانی توسط بیمه گر (با اعمال تخفیف)

۱۹) سایر پوشش‌های 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 کارفرمایان تولیدی، خدماتی، صنعتی در مقابل کارکنان شرکت بیمه کوثر تنظیم گردیده و همچنین موافقت می گردد این پرسشنامه، مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد.

مهر، امضاء و کد نمایندگی / شعبه / معرف

نام، امضاء و مهر بیمه گذار

تاریخ تکمیل پرسشنامه