

**پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی
کارفرما در قبال کارکنان پروژه های ساختمانی**

شرکت بیمه میهن

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان پروژه های ساختمانی با مشخصات زیر صادر نمایید.

شماره اقتصادی / شماره ملی		نام بیمه گذار:	
تاریخ تولد:		تاریخ تاسیس:	
شماره پستی	پلاک	کوچه	خیابان
تلفن همراه		تلفن	
تعداد و نوع حوادث و مبالغ خسارت پرداختی در سه سال گذشته (به تفکیک):			
پوشش بیمه ای داشته ایم.		تا تاریخ	نزد شرکت بیمه
شماره پستی:		پلاک	کوچه
شماره پستی:		پلاک	کوچه
روش پوشش بیمه ای: با نام (لطفاً لیست مشخصات کارکنان را ضمیمه فرمائید) <input type="checkbox"/> بی نام <input type="checkbox"/> تعداد شیفت کاری: <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳			
تعداد کارکنان کل (مجموع شیفتها): شامل کارکنان ثابت و دائمی		نفر و قراردادی و روز مزد حداقل	
نفر و متخصص		نفر و متخصص	
شرح فعالیت			
نام پروژه:		نوع پروژه:	
شرح تفصیلی کار و روش اجرا:		ابزارهای مورد استفاده در انجام کار:	
*** آیا در پروژه از جرثقیل ثابت (تاور) استفاده می شود؟ در صورت مثبت بودن تعداد را ذکر نمایید.			
*** آیا پروژه مورد احداث دارای آسانسور می باشد؟			
*** در صورت کار در ارتفاع تمهیدات لازم و اقدامات ایمنی جهت جلوگیری از سقوط کارگران را بیان نمایید؟			
مشخصات بنا			
نشانی محل اجرای کار:			
نوع وسایل ایمنی و حفاظتی کارکنان:			
در حال اجرای کدامیک از موارد می باشید؟ تخریب <input type="checkbox"/> گودبرداری <input type="checkbox"/> اجرای پی <input type="checkbox"/> سفتکاری <input type="checkbox"/> سایر:			
شماره پروانه ساخت: تاریخ صدور پروانه:/...../..... کل مترائ زیربنا مندرج در پروانه ساخت: مترمربع.			
اضافه بنا: مترمربع تعداد بلوک: تعداد طبقات (جمعا با احتساب همکف): طبقه، به اضافه: طبقه زیرزمین.			
نوع کاربری ساختمان در دست ساخت: پلاک ثبتی ملک:			
نوع سازه در دست ساخت: بتنی <input type="checkbox"/> فلزی <input type="checkbox"/> سایر:			
مترائ و تعداد طبقات ساختمان تخریبی: طول و عرض زمین:*			
نوع خاک: خاک رس، دستی، ماسه <input type="checkbox"/> صخره یا دج <input type="checkbox"/> خاک مخلوط <input type="checkbox"/> سایر:			
چگونگی خاکبرداری: دستی <input type="checkbox"/> ماشینی <input type="checkbox"/> عمق گودبرداری: متر			
نام مهندس / یا مهندسین ناظر:			
آیا پروژه دارای HSE می باشد؟ (مدیریت بهداشت و محیط زیست)			
در صورت مثبت بودن نام مدیر یا مسئول آنرا ذکر فرمایید.			

*** سابقه خسارت:

آیا در ۲ سال گذشته، حوادث منجر به فوت و نقص عضو و یا هزینه های پزشکی در محل کار شما روی داده است؟ بلی خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر تاریخ مرقوم فرمایید:

تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ غرامت (ریال) با رای / بدون رای دادگاه

پوششهای تکمیلی (اضافی) مورد درخواست

۱۰- جبران مطالبات سازمانهای تامین اجتماعی و خدمات در مانی برای هر نفر تا سقف <input type="checkbox"/> ریال	۲- ماموریتهای خارج از محل کارکنان <input type="checkbox"/>
۱۱- جبران خسارات بدنی شخص کارفرما و پیمانکار <input type="checkbox"/>	۳- اماکن وابسته به محل کارکنان مانند رستوران، حمام، سالن ورزشی و محل اقامت. <input type="checkbox"/>
۱۲- جبران خسارات جانی وارد به اشخاص ثالث (فقط فعالیتهای ساختمانی، عمرانی و صرفاً صنعتی) <input type="checkbox"/>	۵- حوادث وسایل نقلیه موتوری داخل کارگاه <input type="checkbox"/>
۱۳- مابه التفاوت افزایش دیه برای: یک سال آتی <input type="checkbox"/> دو سال آتی <input type="checkbox"/> سه سال آتی <input type="checkbox"/>	۶- مسئولیت پیمانکاران فرعی (برای فعالیت ساختمانی الزامی است ■) منظور از پیمانکار، پیمانکاری است که مستقیماً با بیمه گذار طرف قرارداد است. در صورت وجود پیمانکاران فرعی ارائه لیست به همراه تعداد کارکنان در هنگام صدور الزامی می باشد. <input type="checkbox"/>
۱۴- پرداخت غرامت روزانه کارکنان ساده ریال و متخصص <input type="checkbox"/> ریال	۷- مسئولیت مهندسین ناظر و مشاور <input type="checkbox"/>
۱۵- حوادثی که ارتباطی با نوع فعالیت بیمه شده ندارد. <input type="checkbox"/>	۸- پرداخت خسارت بدون رای دادگاه <input type="checkbox"/>
۱۶- چنانچه علاوه بر موارد مذکور درخواست پوشش بیمه ای دیگری در زمینه بیمه های مسئولیت دارید مرقوم فرمایید؟ <input type="checkbox"/>	۹- جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه <input type="checkbox"/>

درخواست اعمال فرانشیز (برای کلیه تعهدات) به میزان: پنج درصد ده درصد پانزده درصد بیست درصد بیست و پنج درصد
مدت بیمه: روز از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز

حد اکثر تعهدات مورد تقاضا در مدت بیمه نامه	حد اکثر تعهدات مورد تقاضا برای هر نفر در هر حادثه
۱- هزینه های پزشکی <input type="checkbox"/> ریال	۱- هزینه پزشکی <input type="checkbox"/> ریال
۲- غرامت فوت و نقص عضو <input type="checkbox"/> ریال	۲- غرامت فوت و نقص عضو در ماههای عادی <input type="checkbox"/> ریال
	۳- غرامت فوت در ماههای حرام <input type="checkbox"/> ریال
	۴- دیه دوم و به بالا برای نقص عضو <input type="checkbox"/> ریال

ضمناً اینجانب اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت میشود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد، و تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد؛ در غیر اینصورت مسئولیت عدم پرداخت به موقع را می پذیرم.

نام و امضاء بیمه گذار:

نام و امضاء نماینده / کار گزار بیمه :

تاریخ تکمیل: