


شماره سند: PI-FO-10 شماره بازنگری: 01	شرکت کارگزاری بیمه سایپا پرسشنامه مسئولیت مدنی کارفرما در مقابل کارکنان	
--	--	---


الف) مشخصات عمومی

۱- بیمه گذار:	کد ملی/شناسه ملی:	کد اقتصادی:
۲- نشانی پیشنهاد دهنده:	کد پستی:	تلفن:
کد پستی:	وضعیت حقوقی پیشنهاد دهنده: دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/>	خصوصی <input type="checkbox"/>
۳- تعداد حوادث و مبالغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت پیشنهاد دهنده در پنج سال گذشته (به تفکیک هر حادثه):		
۴- آیا طی یکسال گذشته دارای بیمه مسئولیت کارفرما در مقابل کارکنان بوده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
در صورت پاسخ مثبت نام شرکت بیمه و شماره بیمه نامه را قید فرمایید:		

ب) پرسشهای عمومی در مورد کار و موضوع فعالیت پیشنهاد دهنده:

۱- چنانچه نوع فعالیت ساختمانی می باشد موارد زیر را پاسخ فرمایید:		
تخریب و احداث بنا <input type="checkbox"/>	احداث سوله <input type="checkbox"/>	بازسازی بنا موجود <input type="checkbox"/>
نصب اسکلت <input type="checkbox"/>	انجام نمای ساختمان <input type="checkbox"/>	نوع اسکلت: بتونی <input type="checkbox"/> فلزی <input type="checkbox"/>
نیروی کار:	حداقل <input type="checkbox"/>	حداکثر <input type="checkbox"/> نفر
۲- چنانچه نوع فعالیت اجرای پروژه عمرانی می باشد موارد زیر را مشخص فرمایید:		
نام صاحب کار:	موضوع کار:	مبلغ قرارداد (پیمان):
مدت قرارداد:	کارکنان ثابت و دائمی <input type="checkbox"/>	کارکنان متغیر (قراردادی و روز مزد) <input type="checkbox"/>
	حداقل <input type="checkbox"/> نفر	حداکثر <input type="checkbox"/> نفر
۳- چنانچه نوع فعالیت صنعتی، خدماتی و بازرگانی می باشد موارد زیر را مشخص فرمایید:		
موضوع فعالیت:	نشانی محل کار:	کارکنان ثابت و دائمی <input type="checkbox"/>
		کارکنان متغیر (قراردادی و روز مزد) <input type="checkbox"/>
	حداقل <input type="checkbox"/> نفر	حداکثر <input type="checkbox"/> نفر
۴- لطفا در صورت انجام کار (صنعتی، تجاری، خدماتی) بصورت شیفت، تعداد آن را مشخص فرمایید:		
	تعداد نوبت کاری (شیفت) <input type="checkbox"/>	توضیح: چنانچه انجام کار بصورت شیفتی باشد بایستی مجموع نیروی کار در چند شیفت درج گردد. <input type="checkbox"/> نفر
۵- لطفا محدوده مکانی مورد بیمه را مشخص فرمائید:		
فقط محوطه انجام کار <input type="checkbox"/>	محل اقامت کارکنان و ماموریت های خارج از کارگاه <input type="checkbox"/>	سایر مکانهای وابسته به کار مانند رستوران، حمام، سالن ورزشی و ... <input type="checkbox"/>
توضیح اینکه مسئولیت کارفرما در رابطه با حوادث ناشی از وسائط نقلیه موتوری در رابطه با ماموریت های خارج از کارگاه مشمول بیمه نمیباشد مگر اینکه کلوز مربوطه خریداری شود.		




شماره سند: PI-FO-10 شماره بازنگری: 01	شرکت کارگزاری بیمه سایپا پرسشنامه مسئولیت مدنی کارفرما در مقابل کارکنان	
--	--	---

۶- آیا مایل هستید صدمات وارد به کارکنان ناشی از وسائط نقلیه موتوری را بیمه نمایید: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۷- آیا مایل هستید غیر از مسئولیت شما مسئولیت اشخاص زیر بیمه گردد مشخص فرمائید: <input type="checkbox"/> پیمانکاران فرعی <input type="checkbox"/> مهندسين ناظر و مشاور
۸- نحوه پرداخت خسارت را انتخاب فرمایید: <input type="checkbox"/> پرداخت هر نوع خسارت با رای دادگاه <input type="checkbox"/> بدون رای دادگاه
۹- 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: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۱۰- آیا مایل هستید هزینه های پزشکی طبق تعرفه وزارت بهداشت و درمان جبران گردد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۱۱- چنانچه مایل هستید شخص بیمه گذار، کارفرما، صاحبکار، پیمانکار، ناظر و مشاور در محل مورد بیمه، بیمه حادثه گردند؟ لطفا مشخص فرمایید: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۱۲- آیا مایل هستید مطالبات احتمالی سازمان تامین اجتماعی و سایر سازمانهای جایگزین بر علیه شما در ارتباط با کارکنان بابت هزینه هایی که از سوی آن سازمان ها پرداخت میگردد بیمه شود: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سرمایه بیمه مورد درخواست را مشخص فرمایید: ریال
۱۳- آیا مایل هستید جبران صدمات جانی وارد بر اشخاص ثالث ناشی از اجرای عملیات تحت پوشش قرار گیرد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (فقط شامل کارخانجات صنعتی میباشد.)
۱۴- آیا مایل هستید بیمه گر مابه التفاوت افزایش دیه هر سال را علاوه بر میزان تعهدات خریداری شده در بیمه نامه پرداخت نماید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر چنانچه پاسخ مثبت است تا چند سال؟ <input type="checkbox"/> یکسال <input type="checkbox"/> دو سال <input type="checkbox"/> سه سال

۱۵- آیا مایل هستید چنانچه کارکنان شما که در حین انجام کار مصدوم شده و از نظر تشخیص پزشک قادر به انجام کار نباشد دستمزد آن پرداخت گردد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورتیکه پاسخ مثبت است دستمزد روزانه را تعیین نمایید. کارکنان ساده <input type="text"/> ریال کارکنان متخصص <input type="text"/> ریال توضیح: ذکر نام کارکنان متخصص الزامی است.
۱۶- آیا مایل هستید مسئولیت شما در محل مورد بیمه در خصوص حوادثی که با نوع فعالیت بیمه شده ارتباطی ندارد ولی منجر به صدمات جسمانی به کارکنان می گردد بیمه شود؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر



شماره سند: PI-FO-10 شماره بازنگری: 01	شرکت کارگزاری بیمه سایپا پرسشنامه مسئولیت مدنی کارفرما در مقابل کارکنان	
--	--	---

۱۷- آیا مایل هستید در صورت بروز هر خسارت سهمی از آن را شخصا بپردازید؟ لطفا مشخص فرمایید:

پنج درصد
 ده درصد
 پانزده درصد
 بیست درصد
 بیست و پنج درصد

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

بیمه گر مورد نظر (با توجه به شرکتهای ذکر شده در ذیل صفحه انتخاب گردد):

۱- مدت بیمه ماه شروع ساعت ۲۴ روز انقضاء ساعت ۲۴ روز

۲- لطفا میزان سرمایه های مورد نظر را مشخص نمایید.

	ریال	ریال	ریال	ریال	ریال	ریال	ریال
	- حداکثر هزینه برای هر نفر :	ریال و در طول مدت بیمه برای کلیه کارکنان					
	- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماههای عادی :	ریال					
	- حداکثر غرامت فوت برای هر نفر در ماههای حرام :	ریال					
	- حداکثر تعهد برای نقص عضو های بیش از یک دیه :	ریال					
	- حداکثر غرامت فوق و نقص عضو در طول مدت بیمه برای کلیه کارکنان :	ریال					

بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد صحیح بوده و هیچ گونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است. همچنین موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.

تاریخ: / / ۱۳ نام و امضاء پیشنهاد دهنده:

