

قابل توجه بیمه‌گذار محترم: نظر به اینکه بیمه‌نامه مورد درخواست شما براساس اطلاعات مندرج در این برگ صادر می‌شود؛ خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

نام بیمه‌گذار: ..... کد ملی / شناسه ملی: ..... شماره ثبت: .....  
تاریخ ثبت / تولد: ..... / ..... / ..... کد اقتصادی: .....  
نشانی: .....  
کد پستی: ..... تلفن: ..... تلفن همراه: ..... پست الکترونیک: .....

نام محل فعالیت: ..... نوع فعالیت: .....  
نشانی محل فعالیت: .....  
شرح تفصیلی کار و روش اجرا: .....

آیا در حین اجرای فعالیت، بخشی از اجرای کار نظیر انجام امور خدماتی، تاسیساتی، بازدید دوره‌ای، تعمیرات و ... به افراد خارج از مجموعه واگذار می‌گردد؟  خیر  بلی

در صورت مثبت بودن پاسخ، چنانچه تمایل دارید مسئولیت بیمه‌گذار در برابر کارکنان عوامل اجرایی و یا مسئولیت عوامل اجرایی در برابر کارکنان شاغل در مجموعه تحت پوشش قرار گیرد، اسامی و مشخصات عوامل اجرایی را اعلام فرمائید.

\* تاکید می‌گردد به منظور پوشش مسئولیت عوامل اجرایی نظیر پیمانکاران در برابر کارکنان ایشان و سایر افراد شاغل در محل فعالیت، اعلام اسامی الزامی است، و ضمناً مسئولیت بیمه‌گذار در برابر شخص عوامل اجرایی و کارکنان آن‌ها مشروط به انتخاب پوشش‌های تکمیلی مرتبط در صفحه دوم این برگ می‌باشد.

\* چنانچه تمایل به تحت پوشش قرار دادن مسئولیت خود و عوامل اجرایی شامل مجربان، افراد صنفی، پیمانکاران اعم از اصلی و فرعی، در اماکن وابسته به کارگاه، نظیر محل استراحت کارکنان، که خارج از محل فعالیت می‌باشد، را دارید؛ نشانی آن را درج نمائید: .....

جمع تعداد کارکنان (کارکنان اصلی + کارکنان عوامل اجرایی) ..... نفر.  
تعداد حداقل کارکنان متغیر (کارکنان اصلی + کارکنان عوامل اجرایی) ..... نفر.  
\* در صورت عدم اعلام تعداد دقیق کارکنان بیمه‌گذار و عوامل اجرایی، در هنگام بروز خسارت، قاعده نسبی مطابق با قوانین جاری اعمال خواهد شد.

ردیف	نام کارفرما/ عامل اجرایی	فعالیت اجرایی	تعداد نیروهای ثابت		حداقل تعداد کارکنان متغیر		حداکثر تعداد کارکنان متغیر	
			بیمه‌گذار	عوامل اجرایی	بیمه‌گذار	عوامل اجرایی	بیمه‌گذار	عوامل اجرایی
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								

\* اعلام فعالیت شغلی اصلی و کلیه فعالیت‌های مربوط به اجرای فعالیت در محاسبه حق بیمه واقعی بیمه‌نامه تأثیر بسزایی دارد.

چنانچه تفکیک شغلی بیمه‌گذار و عوامل اجرایی بیش از موارد فوق می‌باشد؛ لطفاً اطلاعات مربوطه را در برگه‌ای جداگانه تکمیل و به این پرسشنامه پیوست نمائید.  پیوست دارد  پیوست ندارد

تعداد شیفت کاری:  یک  دو  سه

تأکید می‌گردد شیفت کاری به معنی تغییر پرسنل و اعمال تخفیف در محاسبه حق بیمه می‌باشد. خواهشمند است اضافه کار پرسنل حضور در شیفت اول را به منزله ۲ شیفت اعلام نفرمائید.

آیا کار در ارتفاع هم صورت می‌گیرد؟  بلی  خیر  حداکثر ارتفاع: .....

آیا با خطر انفجار مواد نارپه مواجه هستید؟  بلی  خیر  توضیحات: .....

آیا بیمه‌نامه بصورت بانام صادر گردد؟  بلی  خیر  (در صورت مثبت بودن پاسخ، ارائه مشخصات کارکنان به همراه کد ملی آن‌ها به صورت کتبی الزامی است).

خطرات احتمالی: .....

آیا در سه سال گذشته حوادث منجر به فوت، صدمه بدنی و یا هزینه پزشکی در ارتباط با نوع فعالیت مورد درخواست پیش آمده است؟  خیر  بلی

در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل شود:

تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد صدمه بدنی	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)

آیا بیمه‌گذار، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟  خیر  بلی در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه نامه را اعلام فرمائید.

مدت بیمه: ..... روز از ساعت ۲۴ روز ..... تا ساعت ۲۴ روز .....

## در هر حادثه:

حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش هر نفر: ..... ریال

حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه فوت هر نفر در ماه های حرام: ..... ریال

حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر: ..... ریال

## در طی دوره بیمه:

حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش: ..... ریال

حداکثر تعهد هزینه پزشکی: ..... ریال

درخواست اعمال فرانشیز هزینه پزشکی به میزان:  صفر درصد  پنج درصد  ده درصد  پانزده درصد  بیست درصد  بیست و پنج درصد

آیا مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر هستید؟

بلی  خیر  ۱- پوشش حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری.

بلی  خیر  ۲- پوشش جبران هزینه های پزشکی.

بلی  خیر  ۳- پوشش تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی برای هر نفر در هر حادثه ..... ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه ..... ریال

بلی  خیر  ۴- پوشش مسئولیت بیمه گذار در برابر اشخاص ثالث.

بلی  خیر  ۵- پوشش افزایش ربالی دیه در سال های بعد  یکبار  دوبار  سه بار

بلی  خیر  ۶- پوشش تعدد دیات و دیات غیر مسری در هر حادثه ..... ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه ..... ریال

بلی  خیر  ۷- پوشش مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان.

بلی  خیر  ۹- پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه نامه (ویژه بیمه نامه های بی نام).

بلی  خیر  ۱۰- پوشش غرامت دستمزد روزانه برای هر نفر در هر حادثه ..... ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه ..... ریال

بلی  خیر  ۱۱- پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی تا سقف: ..... ریال در طی دوره.

بلی  خیر  ۱۲- پوشش بیمه گذار در برابر کارکنان عوامل اجرایی.

بلی  خیر  ۱۳- پوشش مسئولیت بیمه گذار در برابر شخص عوامل اجرایی/ مهندس ناظر/ مشاور.

چنانچه علاوه بر موارد فوق، اطلاعات دیگری می‌تواند بیمه‌گر را در ارزیابی دقیق ریسک راهنمایی نماید، لطفاً مرقوم فرمائید.

همچنین اعلام می‌دارد اظهارات یاد شده بر اساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه‌نامه اعلام شده است، از این رو موافقت می‌شود این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد و تعهد می‌نماید نسبت به پرداخت حق بیمه تعیین شده اقدام شود.

تاریخ تکمیل:

نام و امضاء نماینده /کارگزار بیمه:

نام و امضاء بیمه‌گذار:

امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه‌گر یا پیشنهاد دهنده نمی‌باشد.