

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در برابر کارکنان ساختمانی



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

مشخصات بیمه‌گذار	نام بیمه‌گذار: کد ملی / شناسه ملی: شماره ثبت: تاریخ تولد/ ثبت: / / کد اقتصادی: نشانی: کد پستی: تلفن: تلفن همراه: پست الکترونیک:
مشخصات پروژه ساختمانی مورد بیمه	سمت در پروژه ساختمانی: صاحب کار (مالک) <input type="checkbox"/> سازنده (مجری) <input type="checkbox"/> اسامی و کد ملی شرکاء حقیقی (در صورت وجود): نشانی محل مورد بیمه (پروژه ساختمانی): نام مالک (دارنده) پروانه ساخت: شماره پروانه ساخت: تاریخ پروانه ساخت: مترائز کل زیر بنا مندرج در پروانه ساخت: متر مربع اضافه بنا: متر مربع تعداد بلوک: تعداد طبقات (جمعاً با احتساب همکف): طبقه، به اضافه طبقه زیر زمین. نوع اسکلت ساختمان در حال ساخت: بتنی <input type="checkbox"/> فلزی <input type="checkbox"/> پیچ و مهره <input type="checkbox"/> سایر: نوع کاربری ساختمان در دست ساخت: پلاک ثبتی ملک: وضعیت فعلی پروژه: تخریب، گودبرداری و احداث بنا <input type="checkbox"/> گودبرداری و احداث <input type="checkbox"/> احداث اسکلت (بدون گودبرداری) <input type="checkbox"/> سفت کاری و نماکاری <input type="checkbox"/> نماکاری و نازک کاری <input type="checkbox"/> سفت کاری <input type="checkbox"/> نماکاری <input type="checkbox"/> نازک کاری <input type="checkbox"/> مترائز و تعداد طبقات ساختمان تخریبی: چنانچه تمایل به تحت پوشش قرار دادن مسئولیت خود و عوامل اجرائی شامل مجریان، افراد صنفی، پیمانکاران اعم از اصلی و فرعی، در مکان وابسته به کارگاه، نظیر محل استراحت کارکنان، که خارج از محل مورد بیمه (پروژه ساختمانی) می‌باشد، را دارید؛ نشانی آن را درج نمائید.
سابقه بیمه‌ای	آیا در سه سال گذشته حوادث منجر به فوت، صدمه بدنی و یا هزینه پزشکی در محل کار شما پیش آمده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل شود:
مدت بیمه	مدت بیمه: روز از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز
تعهدات بیمه‌گر	در هر حادثه: حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت دیه و ارش هر نفر: ریال. حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت دیه فوت هر نفر در ماه‌های حرام: ریال. حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر: ریال. در طی دوره بیمه: حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت دیه و ارش: ریال. حداکثر تعهد هزینه پزشکی: ریال.

FO-LI-125-08

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 طی دوره بیمه ریال.

بلی خیر ۴- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث

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

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

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

بلی خیر ۸- پوشش مسئولیت مجری ذیصلاح ساختمان

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

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

چنانچه علاوه بر موارد فوق، اطلاعات دیگری می تواند بیمه گر را در ارزیابی دقیق ریسک راهنمایی نماید، لطفاً مرقوم فرمائید.

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

تاریخ تکمیل:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

نام و امضاء بیمه گذار:

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