

## فرم پیشنهاد و پرسشنامه مسؤلیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان عمرانی

پیشنهاد	شماره پیشنهاد: .....	تاریخ پیشنهاد: ..... / ..... / .....	
	نام معرف: .....	کد معرف: .....	
بیمه گذار مشخصات	بیمه گذار (حقیقی و حقوقی): .....	کد ملی/شماره ثبت: .....	
	شماره شناسنامه: .....	سال تولد: ..... / ..... / .....	
	محل صدور: .....		
نشانی	بیمه گذار: .....	تلفن / دورنگار: .....	
	محل مورد بیمه: .....	تلفن / دورنگار: .....	
مشخصات فعالیت های عمرانی	فعالیت شغلی اصلی ( موضوع کار): .....		
	نام کارگاه مورد بیمه : .....		
	تعداد کارکنان ثابت ..... نفر متغیر ( قراردادی و روز مزد) : حداقل ..... نفر حداکثر ..... نفر		
و لیست اسامی شیفیت کاری	تعداد شیفیت کاری : یک شیفیت <input type="checkbox"/> دوشیفیت <input type="checkbox"/> سه شیفیت <input type="checkbox"/>		
	ساعات اضافه کاری : ..... ساعت تعداد افرادی که در اضافه کاری مشغول می باشند ..... نفر		
	آیا تمایل به صدور بیمه نامه به صورت با نام دارید ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت با نام بودن ضروریست لیست اسامی کارکنان ارائه شود و تغییرات مربوطه در طول مدت اعتبار بیمه نامه ارائه گردد . )		
سابقه بیمه ای و خسارتی	۱- چنانچه سابقه بیمه ای دارید، مدت بیمه و شرکت های بیمه طرف قرارداد را ذکر نمایید .		
	.....		
	۲- چنانچه در سال های گذشته (۴سال) حادثه ای که منجر به فوت یا نقص عضو کارکنان شده است به ترتیب قید نمایید .		
	.....		
تعهدات درخواستی	فوت		
	نوع پوشش	نقص عضو	
	در ماه های عادی	در ماه های حرام	
	ریال	ریال	ریال
	۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه		
	ریال	ریال	ریال
	۲- غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه نامه		
	ریال	ریال	ریال
	۳- هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه		
	ریال		
	۴- هزینه پزشکی در طول مدت اعتبار بیمه نامه		
	ریال		

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;"><b>تعهدات درخواستی تکمیلی</b></p>	<p><b>پوشش‌های تکمیلی را در صورت درخواست با علامت زدن در مربع مشخص نمایید .</b></p> <p>۱. <input type="checkbox"/> غرامت جانی و هزینه های پزشکی ناشی از حوادث کار که به دلیل قصور، اشتباه و یا اهمال غیر عمدی توسط کارکنان بیمه‌گذار در محدوده مکانی تحت پوشش به وقوع پیوسته باشد پرداخت شود .</p> <p>۲. <input type="checkbox"/> غرامت جانی و هزینه‌های پزشکی وارده به کارکنان ناشی از حوادث وسایل نقلیه موتوری (راه‌سازی، ساختمانی و صنعتی ) در داخل محدوده مکانی مورد فعالیت تحت پوشش بیمه پرداخت شود .</p> <p>۳. <input type="checkbox"/> غرامت جانی و هزینه‌های پزشکی وارده به کارکنان پیمانکاران اصلی و فرعی در صورتی که بیمه گذار مسئول شناخته شود.</p> <p>۴. <input type="checkbox"/> حداکثر تعهد بیمه‌گر جهت جبران نقص عضو ( پرداخت دیه دوم ) از میزان مندرج در کادر تعهدات درخواستی بالا ..... ریال افزایش یابد .</p> <p>۵. <input type="checkbox"/> مطالبات سازمان تامین اجتماعی در ارتباط با حوادث کارکنان (تبصره یک ماده ۶۶) تا سقف ..... ریال پرداخت شود .</p> <p>۶. <input type="checkbox"/> فرانشیز خسارت هزینه پزشکی از شرایط عمومی بیمه حذف شود .</p> <p>۷. <input type="checkbox"/> هزینه پزشکی وارده به شخص کارفرما ناشی از حوادث حین کار در داخل محدوده مکانی مورد فعالیت تحت پوشش باشد.</p> <p>۸. <input type="checkbox"/> غرامت جانی و هزینه پزشکی وارده به شخص مهندس مشاور، ناظر، پیمانکار اصلی و فرعی طرف قرارداد با کارفرما در داخل محدوده مکانی مورد فعالیت در صورت احراز مسئولیت بیمه گذار تحت پوشش باشد.</p> <p>۹. <input type="checkbox"/> غرامت جانی زیان دیده (زیان دیدگان) در صورت احراز مسئولیت بیمه گذار در داخل محدوده مکانی مورد فعالیت بدون رای دادگاه پرداخت شود .</p> <p>۱۰. <input type="checkbox"/> هزینه پزشکی بدون اعمال تعرفه و درحد متعارف (هم تراز) تا سقف تعهدات مندرج در کادر تعهدات درخواستی بالا پرداخت شود.</p> <p>۱۱. <input type="checkbox"/> غرامت جانی وارده به کارکنان در خوابگاه، رستوران و سایر مکان‌های مرتبط با کارگاه در داخل محدوده مکانی مورد فعالیت تحت پوشش باشد .</p> <p>۱۳. <input type="checkbox"/> غرامت جانی و هزینه‌های پزشکی وارده به کارکنان در حین مأموریت اداری خارج از کارگاه تحت پوشش باشد .</p> <p>۱۴. <input type="checkbox"/> غرامت جانی و هزینه‌های پزشکی وارده به کارکنان ناشی از حوادث وسایل نقلیه موتوری در خارج از محدوده مکانی مورد فعالیت بیمه‌گذار در صورت احراز مسئولیت بیمه‌گذار پرداخت ( منوط به اخذ بند ۱۳ ) شود .</p> <p>۱۵. <input type="checkbox"/> پرداخت مابه‌التفاوت افزایش دیه در سال بعد علاوه بر میزان تعهدات خریداری شده در کادر تعهدات درخواستی بالا ..... ریال افزایش یابد .</p>
	<p><b>مدت بیمه</b></p> <p>مدت بیمه درخواستی : ..... روز</p>
<p><b>مهر و امضاء بیمه گذار</b></p>	<p>به این وسیله تأیید و گواهی می‌نمایم :</p> <p>۱ - کلیه اظهارات فوق مبتنی بر واقعیت بوده و موافقت می‌شود که اساس و مبنای صدور بیمه‌نامه توسط بیمه البرز قرار گیرد .</p> <p>۲ - این پرسشنامه جزء لاینفک بیمه‌نامه است و به تنهایی هیچگونه تعهدی را برای شرکت بیمه البرز ایجاد نمی‌نماید .</p> <p style="text-align: center;">مهر و امضای بیمه‌گذار</p>
<p><b>ملاحظات بیمه‌گر</b></p>	<p>نام و امضاء</p> <p>مهر و امضاء معرف</p>