

پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی
کارفرما در قبال کارکنان (غیر ساختمانی)
واحدهای خدماتی، تولیدی و صنعتی

شرکت بیمه میهن

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان واحدهای خدماتی، تولیدی و صنعتی با مشخصات زیر صادر نمائید.

شماره اقتصادی / شماره ملی	نام بیمه گذار:
تاریخ تولد:	شماره ثبت / شماره شناسنامه
کوچه	تاریخ تاسیس:
پلاک	منطقه شهرداری
شماره پستی	شهر
تلفن همراه	خیابان
دورنگار	تلفن
پست الکترونیک	
سایر عوامل اجرایی (بیمه گذار) مخصوص بیمه نامه های خدماتی، بازرگانی:	
تعداد و نوع حوادث و مبالغ خسارت پرداختی در سه سال گذشته (به تفکیک):	
تا تاریخ	نزد شرکت بیمه
پوشش بیمه ای داشته ایم.	سال قبل به موجب بیمه نامه شماره
کوچه	منطقه شهرداری
پلاک	شهر
شماره پستی:	استان
نشانی محل مورد بیمه:	
<p>روش پوشش بیمه ای: با نام (لطفأ 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</p> <p>تعداد کارکنان کل با احتساب کارکنان پیمانکار (مجموع شیفتها): شامل کارکنان ثابت و دائمی نفر و کارکنان متغیر حداقل نفر و حداکثر نفر</p> <p>تعداد نیروی کار شاغل در محل اجرای کار با احتساب تعداد کارکنان پیمانکاران (در صورت وجود):</p> <p>اداری-دفتری: حداقل.....نفر حداکثر.....نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آنها می باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ساعات کاری:</p> <p>نگهبان-حراست: حداقل.....نفر حداکثر.....نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آنها می باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ساعات کاری:</p> <p>خدماتی-نظافتی: حداقل.....نفر حداکثر.....نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آنها می باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ساعات کاری:</p> <p>فنی و تولیدی: حداقل.....نفر حداکثر.....نفر. آیا مایل به ارسال اسامی آنها می باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ساعات کاری:</p> <p>نحوه استخدام کارکنان و کارگران شاغل: رسمی.....نفر / قراردادی.....نفر / روزمزد.....نفر /</p> <p>آیا همه ی کارکنان و کارگران تحت پوشش بیمه سازمان تامین اجتماعی می باشند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا بیمه گذار مایل به پوشش کار در ایام تعطیل می باشد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>ساعات کاری هر شیفت: از.....تا.....از.....تا.....از.....تا.....تعداد کارکنان در هر شیفت:</p>	
شرح فعالیت	
نام محل فعالیت:	شرح تفصیلی کار و روش اجرا:
نوع فعالیت:	ابزارهای مورد استفاده در انجام کار:
<p>خطرات احتمالی: ۱- آیا کار در ارتفاع هم صورت می گیرد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> حداکثر ارتفاع:..... ۲- آیا با خطر انفجار هم سروکار دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ناشی از چه چیزی؟.....</p>	
نوع وسایل ایمنی و حفاظتی کارکنان:	

*** 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

<input type="checkbox"/>	۱- پوشش حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری	<input type="checkbox"/>	۸- پوشش مسئولیت مجری ذیصلاح ساختمان
<input type="checkbox"/>	۲- پوشش جبران هزینه های پزشکی	<input type="checkbox"/>	۹- پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه نامه
<input type="checkbox"/>	۳- پوشش تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی	<input type="checkbox"/>	۱۰- پرداخت غرامت روزانه کارکنان
<input type="checkbox"/>	سرمايه درخواستی	<input type="checkbox"/>	۱۱- پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی
<input type="checkbox"/>	۴- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث		
<input type="checkbox"/>	۵- پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه: یک سال آتی <input type="checkbox"/> دو سال آتی <input type="checkbox"/> سه سال آتی <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	۶- پوشش تعدد دیات و دیات غیرمصری تا سرمایه ریال		
<input type="checkbox"/>	۷- پوشش مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان (ارائه لیست اسامی الزامی می باشد)		
	حداکثر تعهدات مورد تقاضا برای هر نفر در هر حادثه		حداکثر تعهدات مورد تقاضا در مدت بیمه نامه
	۱- هزینه پزشکی ریال		۱- هزینه های پزشکی ریال
	۲- غرامت فوت و نقص عضو در ماههای عادی ریال		۲- غرامت فوت و نقص عضو ریال
	۳- غرامت فوت در ماههای حرام ریال		
	۴- دیه دوم و به بالا برای نقص عضو 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.

اینجانب تعهد می نمایم پس از دریافت بیمه نامه در صورت وجود مغایرت در بیمه نامه مراتب را طی سه روز جهت تصحیح به بیمه گر اعلام نماید. در غیر این صورت شرایط و تعهدات بیمه نامه قطعی میباشد. ✓

پس از صدور این بیمه نامه، اینجانب متعهد به پرداخت حق بیمه به صورت نقدی و یا در صورت وجود توافقات کتبی، مطابق با توافق میباشم، در غیر این صورت خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی به حق بیمه ای که باید پرداخت میشود محاسبه و قابل پرداخت خواهد بود. برگشت چک حق بیمه و یا سایر اسناد تجاری به منزله عدم پرداخت حق بیمه می باشد. ✓

تکمیل فرم پیشنهاد در صورتی که منجر به صدور بیمه نامه نگردد، تعهدی برای بیمه گر ایجاد نمیکند. ✓

نام و امضاء بیمه گذار:

نام و امضاء نماینده / کار گزار بیمه :

تاریخ تکمیل :