

جهت ضمیمه :

شماره صفحه	شماره تجدید نظر	تاریخ	شرح تغییرات
کلیه - - -	00	1394/02/21	صدر اولیه
صفحه 3	03	1396/12/02	حذف پوشش شماره 11 از پوشش های تکمیلی و تغییر پوشش شماره 10 بصورت بکارگیری کارکنان در مشاغل غیر تخصصی ولی مرتبط با فعالیت اصلی موضوع بیمه»، اضافه شدن پوشش های «اهمال و قصور غیر عمدی کارکنان بیمه گذار به سایر کارکنان بیمه گذار» و «صدمات جسمانی به کارکنان بیمه گذار ناشی از هر نوع حمله حیوانات وحشی و هر نوع گزیدگی توسط حیوانات، حشرات و گیاهان سمی»، حذف «حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه در ماههای حرام» از پوشش ها و تعهدات، حذف عبارت «در ماههای عادی» از پوشش «حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه در ماههای عادی».
صفحه 3	04	1397/04/23	حذف پوشش شماره 13 (پوشش اهمال و قصور غیر عمدی کارکنان بیمه گذار به سایر کارکنان بیمه گذار) و حذف آئتم «مازاد بر تعهدات بیمه نامه اجباری شخص ثالث اتومبیل» از پوشش شماره 3 پوشش های تکمیلی
صفحه 1	05	1397/08/14	اضافه شدن آدرس محل مورد بیمه.
کلیه - - -	06	1400/01/24	اضافه شدن فیلدهای جدید به بخش های مشخصات پروژه ساختمانی مورد بیمه، مشخصات ماشین آلات، وضعیت فعلی پروژه، مشخصات کارکنان بیمه گذار و پوشش های تکمیلی
1و3	07	1400/02/18	حذف پوشش تکمیلی نوسان تعداد کارکنان تا 20 درصد زمان صدور بیمه نامه

تصویب کننده	تایید کننده			تهیه کننده/بازنگری کننده
سیاوش بنداریان زاده	فرزاد فروغی	مهدي فلاح	نگین فیروز	علی صرفی
				
1400/02/20	1400/02/20	1400/02/20	1400/02/19	1400/02/19

LAF058

تجدید نظر: 07

صفحه: 1 از 3

شرکت بیمه سامان



فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان ساختمانی

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

شخص حقیقی	شخص حقوقی
نام و نام خانوادگی:	نام (مؤسسه، شرکت، سازمان):
تاریخ تولد: / /	دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> تعاونی <input type="checkbox"/>
شماره ملی (الزامی است):	تاریخ تأسیس: / /
سابقه کار در حرفه‌ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید:	شماره ثبت:
.....	شناسه ملی:
.....	کد اقتصادی:

نشانی و اقامتگاه قانونی بیمه گذار:

تلفن ثابت: تلفن همراه: دور نگار: کد پستی:

شرکای بیمه گذار:

آیا تا کنون بیمه‌نامه مسئولیت برای پروژه‌ای خریداری نموده‌اید؟ بلی خیر

در صورتیکه پاسخ مثبت است نام پروژه و شرکت بیمه صادر کننده آن را بنویسید:

.....

آیا در زمان اجرای پروژه‌های گذشته خسارتی به کارکنان شما وارد شده است؟ بلی خیر

در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید.

مشخصات پروژه ساختمانی مورد بیمه (ساختمان در حال احداث)

نشانی کارگاه (محل مورد بیمه): پلاک ثبتی:

متراژ کل بنا: متر مربع شماره پروانه ساخت: تاریخ صدور پروانه ساخت:

* نوسان متراژ کل بنا حداکثر تا سقف 5 درصد به صورت رایگان تحت پوشش بیمه نامه صادره قرار خواهد گرفت و مشمول اعمال قاعده نسبی نخواهد شد.

نوع اسکلت ساختمان: بتون فلز اسکلت پیچ و مهره‌ای (LSP)

تعداد بلوک‌ها:

مشخصات ماشین آلات

در صورتیکه در پروژه از ماشین آلات ساختمانی استفاده می‌نمایید، موارد را مشخص فرمایید

جرثقیل تاورکرین لودر بلدوزر بابکت مینی بابکت

سایر موارد:

* آیا ماشین آلات ساختمانی مذکور دارای پوشش بیمه‌ای در قبال کارکنان و شخص ثالث می‌باشد؟ بلی خیر

* آیا ماشین آلات مذکور جزء اموال شخص کارفرما محسوب شده یا متعلق به عوالت اجرایی می‌باشند؟ بلی خیر

* ماشین آلاتی که وسیله نقلیه موتوری محسوب می‌شوند می‌بایست اجباراً دارای بیمه ثالث اتومبیل باشند و خسارات احتمالی وارد به کارکنان ناشی از وسایل نقلیه موتوری که از محل بیمه ثالث اتومبیل جبران می‌شود، تحت شمول این بیمه نامه قرار نمی‌گیرد

LAF058

تجدید نظر: 07

صفحه: 2 از 3

شرکت بیمه سامان

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسؤلیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان ساختمانی



وضعیت فعلی پروژه (احداث بنا)

- زمین بایر (ساختمان سالم)
- در حال تخریب
- اتمام تخریب و شروع گود برداری و پی‌ریزی
- در حال گودبرداری**
- در حال نصب اسکلت فلزی
- در حال ساخت اسکلت بتونی
- اتمام نصب اسکلت فلزی و اتمام کامل سقفها
- اتمام ساخت اسکلت بتونی و اتمام کامل سقفها
- اتمام کامل نمای ساختمان
- اتمام نازک کاری بدون اجرای نما
- اتمام نازک کاری با اجرای نما
- اتمام نازک کاری
- چنانچه پروژه ساختمانی از چند بلوک تشکیل شده، پیشرفت کار در هر بلوک را بطور مجزا شرح دهید:

مشخصات کارکنان بیمه گذار و عوامل اجرایی / وضعیت ایمنی کارکنان و محیط کار

- ساعت کار کارکنان: از ساعت تا ساعت
- آیا کارکنان در روزهای تعطیل هم کار می‌کنند؟ خیر بلی
- آیا در کارگاه ساختمانی مورد بیمه، واحد HSE (ایمنی درکار) مستقر می‌باشد؟ خیر بلی
- نوع وسایل ایمنی و حفاظتی موجود در محل مورد بیمه را نام ببرید.
- تبصره: استفاده از وسایل حرارتی و برودتی غیر استاندارد در محیط کار و اماکن و ابسته به آن و حتی خارج از کارگاه ممنوع بوده و خسارت وارد به کارکنان ناشی از آن تحت شمول این بیم نامه نمی‌باشد.
- آیا وسایل کمک‌های اولیه در محل مورد بیمه وجود دارد؟ خیر بلی
- نام نزدیکترین بیمارستان و درمانگاه به محل اجرای پروژه: فاصله تقریبی تا محل مورد بیمه: کیلومتر

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

مدت بیمه‌نامه: روز. تاریخ شروع: از ساعت 24 روز / / تا تاریخ انقضاء: از ساعت 24 روز / / 14

پوشش‌ها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه
حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه
حداکثر غرامت دیه دوم و مازاد بر دیه اول هر نفر در هر حادثه
حداکثر غرامت دیه دوم و مازاد بر دیه اول در طول مدت بیمه نامه

پوشش های تکمیلی

- 1- پوشش حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری بلی خیر
- 2- پوشش جبران هزینه های پزشکی بلی خیر
- 3- پوشش تبصره 1 ماده 66 قانون تامین اجتماعی
حداکثر غرامت مالی برای هر نفر: ریال
حداکثر غرامت مالی در طول مدت بیمه: ریال
- 4- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث بلی خیر
- 5- پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه بلی خیر
- 1سال 2سال 3سال
- 6- پوشش تعدد دیات و دیات غیر مسری بلی خیر
- 7- پوشش مأموریت های خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان
اسامی مامورین: 1- 2- 3- 4-
(ارائه اسامی ماموران در زمان صدور بیمه نامه و یا 24 ساعت قبل از اعزام به مأموریت الزامی است در غیر اینصورت خسارت احتمالی وارد به آنان تحت شمول این بیمه نامه نمی باشد)
- 8- پوشش مسئولیت مجری ذیصلاح ساختمان بلی خیر
- 9- پوشش غرامت دستمزد روزانه بلی خیر
- 10- پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی بلی خیر
- در بررسی خسارات احتمالی از محل پوشش این بیمه نامه در صورتیکه اثبات گردد مترائز زیربنای اظهار شده از سوی بیمه گذار کمتر از مترائز واقعی زیربنا مندرج در جواز ساختمانی می باشد خسارت با رعایت ماده 13 قانون بیمه و اعمال قاعده نسبی حق بیمه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

چنانچه خواسته ای مازاد بر موارد فوق الذکر دارید، این قسمت را تکمیل نمایید.

بیمه گذار محترم، چنانچه مایل هستید سهمی از خسارتهای هزینه پزشکی را شخصاً عهده دار شوید میزان آن را مشخص فرمایید.

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

** بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می باشد و موافقت می نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.**

- بیمه گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

- بیمه گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

** به اطلاع می رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه گذار بیمه نامه صادر خواهد گردید. **

نماینده/کارگزار:

مهر، امضاء و تاریخ

بیمه گذار:

مهر، امضاء و تاریخ