

LAF058

کد سند :

شماره تجدید نظر: 06

**شرکت بیمه سامان**  
فرم بیشنها و بررسی‌نامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان ساختمانی



جهت خدمته:

شماره صفحه	شماره تجدید نظر	تاریخ	شرح تغییرات
کلیه - ۱ -	00	1394/02/21	صدور اولیه
کلیه - ۱ -	02	1395/07/18	حذف من توضیح کلور 7، ایجاد کلور شماره 18، ایجاد کلور 16، حذف آینم های مربوط به حداکثر مطالبات نامین اجتماعی با سازمان خدمات درمانی از بیمه گذار از قسمت تعهدات مورد درخواست بیمه گذار، حذف یوشیش شخص بیمه گذار (حقیقی)
صفحه 3	1396/12/02		حذف یوشیش شماره 11 از یوشیش های تکمیلی و تعییر یوشیش شماره 10 بصورت بکارگیری کارکنان در مشاغل غیر تخصصی ولی مرتبط با فعالیت اصلی موضوع بیمه، اضافه شدن یوشیش های «اهمال و فصور غیر عمدی کارکنان بیمه گذار به سایر کارکنان بیمه گذار» و «خدمات جسمانی به کارکنان بیمه گذار ناسی از هر نوع حمله حیوانات وحشی و هر نوع گردگری توسط حیوانات، حشرات و گیاهان سمی»، حذف «حداکثر عرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه در ماههای حرام» از یوشیش ها و تعهدات، حذف عبارت «در ماههای عادی» از یوشیش «حداکثر عرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه در ماههای عادی».
صفحه 3	1397/04/23		حذف یوشیش شماره 13) یوشیش اهمال و فصور غیر عمدی کارکنان بیمه گذار به سایر کارکنان بیمه گذار) و حذف آینم «مازاد بر تعهدات بیمه نامه اجتاری شخص ثالث انومیل» از یوشیش شماره 3 یوشیش های تکمیلی
صفحه 1	1397/08/14		اضافه شدن آدرس محل مورد بیمه.
کلیه - ۱ -	06	1400/01/24	اضافه شدن فیلهای جدید به بخش های مشخصات بروزه ساختمانی مورد بیمه، مشخصات ماشین آلات ، وضعیت فعلی بروزه ، مشخصات کارکنان بیمه گذار و یوشیش های تکمیلی

تصویب کننده	تایید کننده	تپیه کننده/بازنگری کننده		
سیاوش بنداریان زاده 	فرزاد فروغی 	مهردی فلاخ 	نگین فیروز 	علی صرفی 
1400/01/28	1400/01/28	1400/01/27	1400/01/26	1400/01/26



## مشخصات و سایقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

<b>شخص حقوقی</b>	<b>شخص حقیقی</b>
<p>نام ( مؤسسه، شرکت، سازمان): .....  <input type="checkbox"/> دولتی    <input type="checkbox"/> خصوصی    <input type="checkbox"/> تعاونی          تاریخ تأسیس: ..... / ..... / ..... ۱۳          شماره ثبت: .....          شناسه ملی / کد اقتصادی (الزامی است): .....</p>	<p>نام و نام خانوادگی: .....          تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... ۱۳          شماره ملی (الزامی است): .....          سابقه کار در حرفه‌ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارد: .....</p>
<p>نشانی و اقامتگاه قانونی بیمه گذار: .....          تلفن ثابت: .....          تلفن همراه: .....          شرکای بیمه گذار: .....</p>	
<p>آیا تا کنون بیمه‌نامه مسئولیت برای پروژه‌ای خریداری نموده‌اید؟    <input type="checkbox"/> بله    <input type="checkbox"/> خیر          در صورتیکه پاسخ مثبت است نام پروژه و شرکت بیمه صادر کننده آن را بنویسید: .....</p>	
<p>آیا در زمان اجرای پروژه‌های گذشته خسارتی به کارکنان شما وارد شده است؟    <input type="checkbox"/> بله    <input type="checkbox"/> خیر          در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید. .....</p>	
<b>مشخصات پروژه ساختمانی مورد بیمه(ساختمن در حال احداث )</b>	
<p>نشانی کارگاه ( محل مورد بیمه): .....          پلاک ثبتی: .....          مترار کل بنا: ..... متر مربع          شماره پروانه ساخت: .....  <u>* نوسان مترار کل بنا حداقل تا سقف ۵ درصد به صورت رایگان تحت پوشش بیمه نامه صادره قرار خواهد گرفت و مشمول اعمال قاعده نسبی نخواهد شد.</u>          نوع اسکلت ساختمن: بتن <input type="checkbox"/> فلز <input type="checkbox"/> اسکلت پیچ و مهره‌ای (LSP) <input type="checkbox"/>          تعداد بلوک‌ها: .....</p>	
<b>مشخصات ماشین آلات</b>	
<p>در صورتیکه در پروژه از ماشین آلات ساختمانی استفاده می‌نمایید، موارد را مشخص فرمایید.  <input type="checkbox"/> جرثقیل    <input type="checkbox"/> تاورکرین    <input type="checkbox"/> لودر    <input type="checkbox"/> بلدوزر    <input type="checkbox"/> بابکت    <input type="checkbox"/> مینی بابکت          سایر موارد: .....</p>	
<p>* آیا ماشین آلات ساختمانی مذکور دارای پوشش بیمه‌ای در قبال کارکان و شخص ثالث می‌باشد؟    <input type="checkbox"/> بله    <input type="checkbox"/> خیر          * آیا ماشین آلات مذکور جزء اموال شخص کارفرما محسوب شده یا متعلق به عوال اجرایی می‌باشد؟    <input type="checkbox"/> بله    <input type="checkbox"/> خیر  <u>* ماشین آلاتی که وسیله نقلیه موتوری محسوب می‌شوند می‌بایست اجبارا 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.</u></p>	

## وضعیت فعلی پروژه (احداث بنا)

 زمین بایر (ساختمان سالم) در حال تخریب اتمام تخریب و شروع گودبرداری و پی ریزی  
**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 می کنند؟  خیر  بلیآیا در کارگاه ساختمانی مورد بیمه، واحد HSE (ایمنی در کار) مستقر می باشد؟  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 بیمه نامه نمی باشد.

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 بیمه نامه: ..... روز. تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز ..... / ..... / ..... ۱۳ ..... / ..... / ..... روز. تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴ روز ..... / ..... / .....

## پوشش‌ها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهدات مورد درخواست بیمه گذار
.....	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 تكميلي

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 تامین اجتماعی

حداکثر غرامت مالی برای هر نفر: ..... ریال

حداکثر غرامت مالی در طول مدت بیمه: ..... ریال

بلی  خیر 

۴- پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث

بلی  خیر 

۵- پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه

بلی  خیر 

۶- پوشش تعدد دیات و دیات غیر مسری

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

اسامي مامورین: ۱ - ۲ - ۳ - ۴ -

(ارائه اسامي ماموران در زمان صدور بیمه نامه و یا ۲۴ ساعت قبل از اعزام به مأموریت الزامي است در غير اينصورت خسارت احتمالي وارد به آنان تحت شمول اين بیمه نامه نمي باشد)

بلی  خیر 

۸- پوشش مسئولیت مجری ذیصلاح ساختمان

بلی  خیر 

۹- پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه نامه

بلی  خیر 

۱۰- پوشش غرامت دستمزد روزانه

بلی  خیر 

۱۱- پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی

در بررسی خسارات احتمالی از محل پوشش اين بیمه نامه در صورتیکه اثبات گردد مترادف زیربنای اظهار شده از سوی بیمه گذار کمتر از مترادف واقعی زیربنای مندرج در جواز ساختمانی می باشد خسارت با رعایت ماده ۱۳ قانون بیمه و اعمال قاعده نسبی حق بیمه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

چنانچه خواسته اى مازاد بر موارد فوق الذكر داريد، اين قسمت را تكميل نمایيد.

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

پنج درصد <input type="checkbox"/>	پانزده درصد <input type="checkbox"/>	ده درصد <input type="checkbox"/>	بیست درصد <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

\*\* 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 محترمانه تلقی نماید.

\*\* به اطلاع می رساند تكميل پرسشنامه به منزله صدور بیمه نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت كتبی بیمه گذار بیمه نامه

صادر خواهد گردید. \*\*

نماینده / کارگزار:

مهر، امضاء و تاریخ

بیمه گذار:

مهر، امضاء و تاریخ