



شماره :  
تاریخ پیشنهاد:

### مشخصات عمومی پیشنهاد دهنده

اشخاص حقیقی	نام :	شماره شناسنامه :
	نام خانوادگی :	کد ملی :
	نام پدر :	تلفن :
	نشانی :	فکس :
اشخاص حقوقی	نام شرکت یا موسسه :	نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده :
	موضوع فعالیت :	سمت :
	شماره ثبت :	تلفن :
	نشانی :	فکس :

تعداد حوادث و مبالغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت پیشنهاد دهنده طی پنج سال گذشته :

### پرسشهای عمومی درباره محل و موضوع فعالیت پیشنهاد دهنده

چنانچه نوع فعالیت ، اجرای پروژه های عمرانی می باشد ، موارد ذیل را مشخص فرمائید:

نام کارفرما :  
مبلغ پیمان :  
نشانی دقیق محل کار :

موضوع کار :  
مدت پیمان :

چنانچه نوع فعالیت ساختمانی می باشد موارد ذیل را مشخص فرمائید:

موضوع دقیق فعالیت :  تخریب و احداث بنا  احداث سوله  بازسازی بنای موجود  صرفا نصب اسکلت و یا انجام نمای ساختمان

مساحت کل بنا : مترمربع

نوع اسکلت :  فلزی  بتونی  تعداد طبقات :

میزان کار انجام شده در تاریخ امضای پیشنهاد :

اتمام تخریب و گودبرداری و پی ریزی  نصب کامل اسکلت بتونی ( اتمام سقف طبقه آخر )

نصب اسکلت فلزی  اتمام کامل نمای ساختمان

اتمام کامل سقفها در اسکلت فلزی

تعداد بلوکها :  
میزان پیشرفت کار در هر بلوک :  
نشانی دقیق محل کار :



فاصله نزدیکترین مرکز درمانی با کارگاه چقدر است؟

### مشخصات پوشش مورد درخواست

تعهدات مورد درخواست :

نوع پوشش	حداکثر تعهد به ریال
هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه	
هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه ( اعم از یک یا چند حادثه )	
غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه ( در ماههای عادی )	
غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه ( در ماههای حرام )	
غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه مازاد بر دیه کامل ( دیه دوم )	
غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه ( اعم از یک یا چند حادثه )	

پوششهای تکمیلی مورد درخواست :

لطفاً محدوده مکانی مورد بیمه را مشخص فرمائید :

- فقط محوطه انجام کار     
  محل اقامت موقت و استراحتگاه کارکنان     
  اماکن وابسته به کارگاه نظیر رستوران، حمام و سالن ورزش     
  ماموریتهای خارج از محوطه کارگاه ( به استثناء حوادث وسیله نقلیه موتوری )

آیا مایل هستید خسارتهای بدنی وارد به کارکنان در اثر حوادث وسیله نقلیه موتوری نیز تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرد؟

- خیر     
  بلی     
  فقط مازاد بر تعهدات بیمه اجباری شخص ثالث     
  به طور کامل

آیا مایل هستید پوشش این بیمه نامه به مسئولیت مهندسین ناظر و مشاور، پیمانکاران فرعی و یا سایر اشخاصی که اجرا یا نظارت بخش یا بخشهایی از پروژه را بر عهده دارند نیز تعمیم یابد؟

- بلی     
  خیر

چگونگی پرداخت غرامتهای فوت و نقص عضو را مشخص فرمائید:

- پرداخت خسارت صرفاً با رای دادگاه     
  پرداخت خسارت بدون رای دادگاه و یا احراز مسئولیت از سوی بیمه گر

مایل هستید هزینه های پزشکی به چه شکلی پرداخت شوند؟

- طبقه تعرفه وزارت بهداشت     
  بدون اعمال تعرفه و صرفاً بر اساس صورتحسابهای مراکز درمانی



چنانچه نوع فعالیت صنعتی، خدماتی و یا بازرگانی می باشد موارد ذیل را مشخص فرمائید:

نوع فعالیت:

خطراتی که کارگران را تهدید می کند:

- سقوط از ارتفاع       قطع عضو       انفجار  
 سقوط اجسام       گاز گرفتگی       سوختگی  
 سایر: .....  
 سوختگی

نشانی دقیق محل فعالیت:

### مشخصات کارکنان شیفتها و ساعت کار

نوع استخدام و تعداد کل کارکنان:

کارکنان دائمی:

نوع استخدام	تعداد کل کارکنان	نوع استخدام	تعداد کل کارکنان
رسمی	نفر	پیمانی	نفر
قراردادی	نفر	روزمزد	نفر
کارکنان موقت و فصلی حداقل	نفر و حداکثر	جمع کل کارکنان: حداقل	نفر

تعداد و ساعت کار کارکنان به تفکیک هر شیفت:

شیفت اول:	نفر از ساعت	تا ساعت	شیفت دوم:	نفر از ساعت	تا ساعت
شیفت سوم:	نفر از ساعت	تا ساعت	شیفت چهارم:	نفر از ساعت	تا ساعت

آیا کارکنان در تعطیلات رسمی نیز کار می کنند؟  
 بلی       خیر

### وضعیت ایمنی کارکنان و محیط کار

نوع وسایل و تجهیزات حفاظت فردی مورد استفاده کارکنان:

- کلاه ایمنی       عینک جوشکاری       کمر بند ایمنی  
 ماسک       کفش ایمنی       دستکش  
 عینک آفتابی       گوشی       هیچکدام  
 سایر: .....

کدامیک از موارد ذیل به طور مستمر در محل کارگاه وجود دارد؟

- آموپولانس       در مانگاه       بهیار       پزشک  
 واحد مهندسی پیشگیری و ایمنی       آژیر اعلام خطر



**بیمه سامان**  
تهران، خیابان خالد لسانپوری (وزرا)  
شماره ۱۱۳ کد پستی ۱۵۱۳۸۳۱۹  
تلفن: ۰۲۰-۸۸۷۰۰۲۰۴  
شماره: ۰۲۰-۸۸۷۰۰۲۰۴  
www.samaninsurance.com  
e-mail: info@samaninsurance.com

آیا مایل هستید مطالبات سازمان تامین اجتماعی و خدمات درمانی (از جمله ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی) بابت هزینه های معالجه، مستمری یا غرامت فوت و نقص عضو کارکنان نیز تا سقف مبلغ ریال (لطفاً تعهد مورد درخواست را مشخص فرمائید) تحت پوشش قرار گیرد؟

بلی  خیر

چنانچه مایل هستید شخص بیمه گذار، کارفرما، پیمانکار، مشاور و یا ناظر نیز تحت پوشش بیمه حادثه قرار گیرند اسامی ایشان را در جدول ذیل درج فرمائید:

نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	سمت

چنانچه مایل هستید سهمی از خسارتهای هزینه پزشکی را شخصا عهده دار شوید میزان آن را مشخص فرمائید:

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

آیا موضوع فعالیت شما با حمل، جابجائی و یا کاربرد مواد منفجره مرتبط است؟

بلی  خیر

#### مدت بیمه

مایل هستید مدت اعتبار بیمه نامه در چه تاریخی شروع و در چه تاریخی خاتمه یابد؟

تاریخ شروع:

تاریخ خاتمه:

بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد مقرون به صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می باشد و موافقت می نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جز 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.

تاریخ:

مهر و امضا متقاضی بیمه:

نام و کد نماینده / کارگزار:

مهر و امضا: