دستورالعمل صدور بیمه‌نامه پروژه‌ها در شرکت تونل سد آریانا
(Instructions for Issuing Projects Insurance)

	تهیه کنندگان		تأیید کنندگان و بررسی کنندگان		تصویب کننده
نام	زهرا اسمعیلی	داریوش پورباقری	رامین ریاحی	بهنام صفری	علی موسوی رحیمی
سمت	کارشناس واحد HSE	مدیر واحد HSE	مدیر واحد فنی	مدیر حسابرسی داخلی	مدیر عامل
امضاء	Esmaeili				

توضیح:

۱- این مدرک تحت پوشش و کنترل سامانه مدیریت پروژه تونل سد آریانا بوده، کپی، تکثیر و تغییر آن به هر طریق و توسط هر فرد درون و برون سازمان مجاز نیست و فقط دریافت و اعمال تغییرات آن از طریق مدیریت فنی مجاز است.

۲- آخرین نسخه بازنگری توزیع شده کاغذی از این مدرک با مهر آبی رنگ **"تحت کنترل"** و فایل نرم افزاری (CD یا شبکه ای یا سایر واسطه های انتقالی) با فرمت PDF یا غیر قابل تغییر، توزیع شده از طرف مدیر فنی دارای اعتبار است و نسخه های قدیمی و یا فاقد مهر از اعتبار خارج است.

توزیع نسخ	۱.	۲.	۳.	۴.	۵.	۶.	۷.	۸.	۹.	۱۰.	۱۱.	۱۲.

محل نگهداری پس از ابطال: مدیریت HSE ☐ بایگانی راکد ☐ .....☐	محل نگهداری: (بایگانی تونل سد آریانا)	محل مهر وضعیت اعتبار

جدول شرح تغییرات

شماره ویرایش	تاریخ ویرایش	شرح تغییر	شماره صفحات تغییر یافته	منشاء تغییرات	نام و سمت و امضاء			
					تهیه کننده	بررسی کننده	تأیید کننده	تصویب کننده

مهر وضعیت کنترل

فهرست مطالب

۱-هدف ۳

۲-دامنه کاربرد ۳

۳-مسئولیت ها ۳

۴-شرح فعالیت ۳

۴-۱-تشکیل جلسات ۳

۴-۲-مراحل صدور بیمه نامه ۴

۵-پیوست ها ۵

۱-هدف

هدف از تدوین این دستورالعمل تعیین رویه‌ای جهت کنترل فرآیند صدور، تمدید و نگهداشت بیمه‌نامه درمان(تکمیلی)، مسئولیت مدنی، تمام خطر، ماشین‌آلات، شخص ثالث، آتش سوزی، عیوب اساسی و پنهان ساختمان، بارنامه و سایر بیمه های مورد نیاز در کلیه پروژه های داخلی، خارجی و دفتر مرکزی شرکت تونل سد آریانا به منظور جبران خسارت‌های فیزیکی، مالی و جانی احتمالی توسط بیمه و کاهش بار مالی به شرکت می‌باشد.

۲-دامنه کاربرد

این دستورالعمل برای کلیه کارگاه‌های شرکت تونل سد آریانا و پیمانکاران و مدیران در پروژه‌های داخلی، خارجی و دفتر مرکزی این شرکت کاربرد دارد.

۳-کمیسیون فنی

کمیسیون فنی بیمه، مشتمل بر مدیرحسابرسی، مدیر پروژه مربوطه، مدیر فنی یا نمایندگان معرفی شده آنها می‌باشد که این افراد جهت پیگیری و ارائه نظرات و پیشنهادات و پیگیری موارد مربوط به بیمه‌های مورد نیاز تشکیل جلسه می‌دهند و پس از بحث و بررسی، نتیجه را به صورت گزارش به مدیریت محترم عامل ارائه می‌دهند.

تبصره ۱: درصورت نیاز جهت صدور بیمه‌های مربوط به ماشین‌آلات، در این کمیسیون مدیر ماشین آلات دفتر مرکزی حضور خواهد داشت.

تبصره۲: درصورت نیاز جهت صدور بیمه‌های مربوط به واحد اداری، در این کمیسیون مدیر اداری دفتر مرکزی حضور خواهد داشت.

تبصره۳: کمیسیون مجاز میباشد در صورت صلاحدید از سایر مدیران شرکت نیز جهت شرکت در این جلسه دعوت نماید.

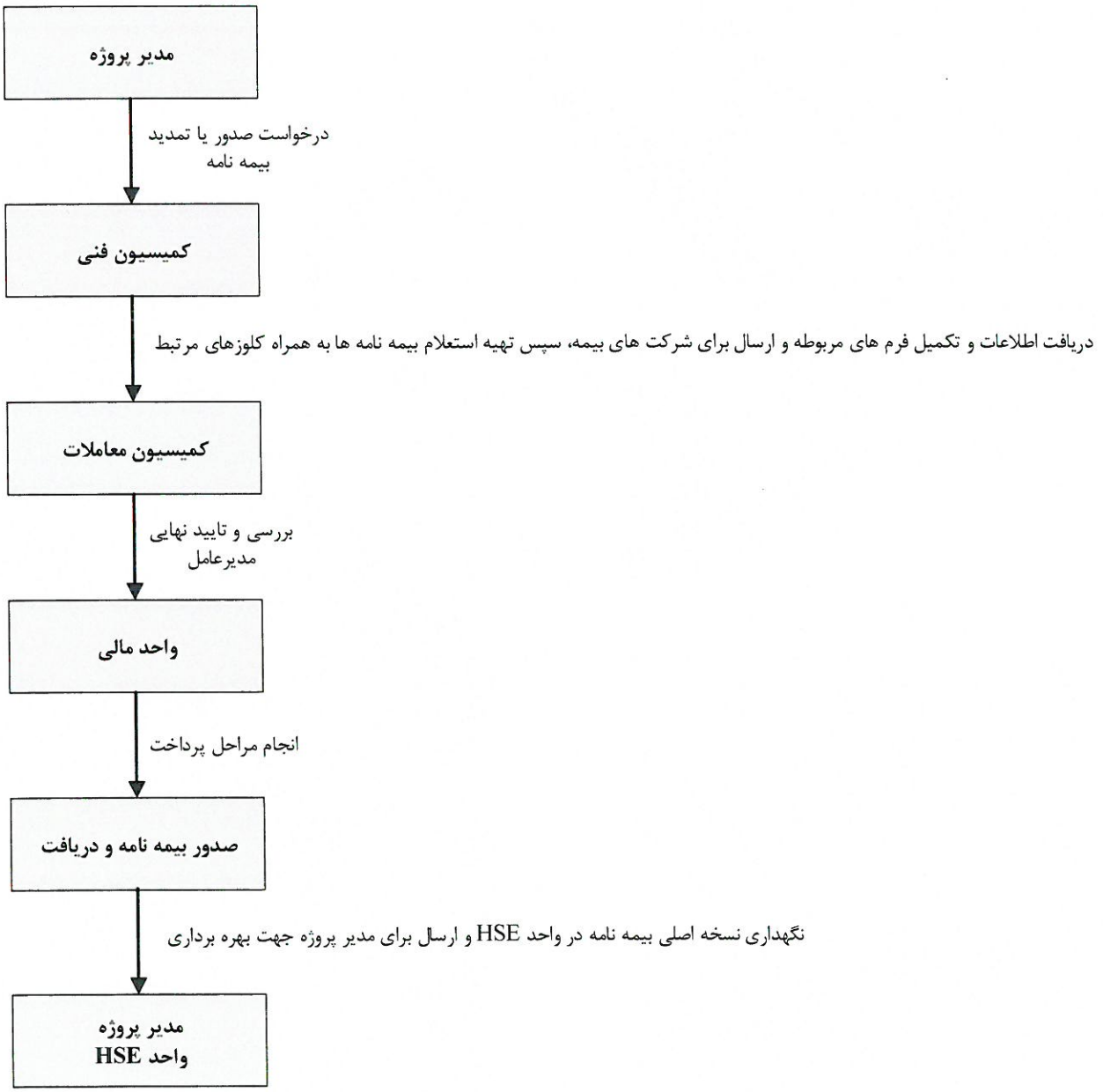
۴-مسئولیت ها

- مسئولیت درخواست صدور و تمدید بیمه نامه‌ها و ارسال مدارک و فرم‌ها و تأیید قیمت نهایی بیمه‌ها براساس پیشنویس‌های دریافتی و پیگیری جهت صدور بیمه نامه به عهده مدیران پروژه و یا نمایندگان قانونی ایشان می‌باشد.
- مسئولیت صدور و تمدید بیمه‌نامه‌ها و ارائه خدمات بیمه‌ای پروژه‌های شرکت تونل سد آریانا با شرکت بیمه‌گر انتخابی توسط کمیسیون فنی دفترمرکزی می‌باشد.
- مسئولیت تهیه و پیشنویس کلوزهای بیمه‌نامه با واحد فنی دفتر مرکزی تونل سد آریانا می‌باشد.
- مسئولیت نظارت بر فرآیند صدور و تمدید و تأیید شرکت بیمه گر و کلوزهای بیمه با کمیسیون فنی شرکت تونل سد آریانا می‌باشد.
- کمیسیون معاملات مسئول بررسی و تایید نهایی قراردادهای بیمه‌ای از لحاظ منطبق بودن با قوانین و مقررات شرکت و الزامات مالی می‌باشد.
- مسئولیت تأمین مالی هزینه بیمه برعهده واحد مالی شرکت تونل سدآریانا می‌باشد.
- مسئولیت نگهداشت نسخه اصلی بیمه‌نامه کلیه پروژه‌ها با واحد HSE دفتر مرکزی می‌باشد. همچنین این واحد مسئولیت دارد یک نسخه از بیمه‌نامه را در اختیار پروژه و در صورت لزوم سایر واحد های شرکت قرار دهد.

تذکر: درصورت عدم همکاری و انجام مکاتبات و ارائه مدارک مربوطه و همچنین عدم درخواست از واحد فنی جهت صدور بیمه‌نامه برای پروژه، تمامی مسئولیت برعهده مدیران پروژه می‌باشد.

همان‌طور که قبلاً اشاره شد، مسئولیت درخواست بیمه‌نامه و ارائه مدارک مربوطه با مدیر پروژه می‌باشد و درصورت عدم درخواست از واحد فنی جهت صدور بیمه نامه برای پروژه، تمامی مسئولیت برعهده مدیر پروژه خواهد بود. لازم به ذکر است یادآوری بابت تمدید و صدور بیمه نامه ها توسط واحد HSE به مدیران مربوطه صورت می‌گیرد و درصورت تایید مدیر پروژه اقدامات لازم جهت صدور و یا تمدید بیمه‌نامه مطابق با این دستورالعمل انجام می‌پذیرد.

۴-۱-مراحل صدور یا تمدید بیمه نامه



مهر وضعیت کنترل

- درخواست صدور یا تمدید بیمه‌نامه توسط مدیرپروژه و تکمیل فرم پیشنهاد توسط مدیر پروژه و ارسال برای واحد فنی
- ارسال مدارک توسط واحد فنی برای شرکت‌های بیمه‌گر و دریافت پیشنویس بیمه‌نامه
- ارزیابی و مقایسه بیمه‌نامه‌ها توسط کمیسیون فنی و اخذ تایید نهایی مدیریت محترم عامل
- پرداخت توسط واحد مالی
- صدور بیمه‌نامه توسط شرکت بیمه‌گر و دریافت بیمه‌نامه
- نگهداری بیمه‌نامه توسط واحد HSE و ارسال برای واحد مربوطه

۵-پیوست ها

جدول ۱- مدارک پیوست دستور العمل صدور بیمه نامه پروژه ها

ردیف	کد مدرک	نام مدرک	صفحه
۱	فرم پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان پروژه‌های ساختمانی	TSA-HSE-FO-0183	۶
۲	فرم پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان پروژه‌های عمرانی	TSA-HSE-FO-0185	۹
۳	فرم پرسشنامه بیمه تمام خطر پیمانکاران (C.A.R)	TSA-HSE-FO-0187	۱۲
٤	فرم پرسشنامه بیمه شخص ثالث ماشین‌آلات	TSA-HSE-FO-0189	۱۶
٥	فرم پرسشنامه بیمه ماشین‌آلات و تجهیزات پیمانکاران (CPM)	TSA-HSE-FO-0191	۱۷
٦	فرم پرسشنامه ماشین‌آلات مورد بیمه	TSA-HSE-FO-0193	۱۹

مهر وضعیت کنترل

این پرسشنامه و پیشنهاد، اساس انعقاد قرارداد بیمه بوده و بیمه نامه بر اساس اطلاعات مندرج در آن صادر می گردد، بنابراین لازم است در تکمیل آن دقت کافی بعمل آید.

مشخصات عمومی	تاریخ تکمیل پیشنهاد:	نام بیمه گزار: **شرکت تونل سدآریانا**
	کد اقتصادی: **۴۱۱۳۳۵۱۹۴۵۶۵**	شناسه ملی: **۱۰۱۰۳۳۳۳۲۶۰**
	نشانی بیمه گزار: **تهران، ونک، خیابان شیراز جنوبی، خیابان برزیل غربی، پلاک ۱۴۶، شرکت تونل سد آریانا**	
	تلفن: **۰۲۱۹۲۰۰۱۰۱۰**	کد پستی: **۱۴۳۵۸۱۴۸۵۰**
	نام مسئول ارتباط با بیمه:	تلفن همراه مسئول ارتباط با بیمه:
مشخصات مورد بیمه	نام و موضوع اجرای پروژه:	
	نشانی محل اجرای پروژه:	
	طبقه شغلی:	
	نوع پروژه:	
	شماره قرارداد/ پیمان:	
	تاریخ شروع قرارداد:	
	تاریخ پایان قرارداد:	
مدت	مدت بیمه نامه مورد درخواست: ..... روز، ..... ماه	
	تاریخ شروع بیمه نامه مورد درخواست:	
	تاریخ پایان بیمه نامه مورد درخواست:	
سایر مشخصات مورد بیمه	آیا تاکنون بیمه نامه مسئولیت برای پروژه خریداری نموده اید؟ (در صورتیکه پاسخ مثبت است شرکت بیمه صادر کننده آن را بنوسید) بله ☐ خیر ☐	
	آیا در زمان اجرای پروژه‌های گذشته خسارتی به کارکنان شما وارد شده است؟ (در صورتیکه پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید) بله ☐ خیر ☐ نام شرکت بیمه: میزان خسارت:	
	تعداد کارکنان ثابت و دائمی بیمه گذار و پیمانکاران فرعی: ..... نفر	
	حداکثر تعداد کارکنان متغیر بیمه گزار و پیمانکاران فرعی: ..... نفر	
	نکته: خسارات احتمالی از محل پوشش این بیمه نامه در صورتیکه اثبات گردد حداکثر نیروی کار اظهار شده از سوی بیمه گزار کمتر از تعداد واقعی نیروی کار در زمان حادثه باشد خسارت با رعایت ماده ۱۳ از قانون بیمه و به نسبت نفرات بیمه شده با نفرات زمان وقوع حادثه محاسبه و پرداخت خواهد شد. درصورتی‌که حداکثر نیروی کار اظهار شده از سوی بیمه گزار ۵ ٪ افزایش یابد خسارات احتمالی بدون اعمال قاعده نسبی قابلیت رسیدگی دارد.	
	تعداد شیفت کاری در شبانه روز یک ☐ دو ☐ سه ☐ شیفت	
	آیا کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی می باشند؟ بله ☐ خیر ☐	
	آیا کارکنان در تعطیلات رسمی نیز کار می کنند؟ بله ☐ خیر ☐	
	در صورتیکه محل مورد بیمه در طی مدت اعتبار بیمه نامه تغییر می‌کند، به سوالات زیر پاسخ دهید. (در صورتیکه پاسخ مثبت است، لطفاً اسامی کارکنان را طبق یک لیست پیوست اعلام نمایید) آیا امکان ارائه اسامی کارکنان وجود دارد؟ بله ☐ خیر ☐	
خطرات	خطراتی که کارکنان را در محیط کار تهدید می‌کند عبارتند از: قطع عضو ☐ انفجار ☐ برق گرفتگی ☐ سوختگی ☐ سقوط از ارتفاع ☐ سقوط اجسام ☐ گزیدگی حیوانات ☐	

مهر وضعیت کنترل

گاز گرفتگی ☐ برخورد با ماشین آلات پیمانکاری ☐ سایر خطرات (نام ببرید).....
آیا در محیط کار مورد بیمه، واحد HSE مستقر می‌باشد؟ بله ☐ خیر ☐
وسایل ایمنی مورد استفاده کارکنان در کارگاه عبارتند از : ماسک ☐ دستکش ☐ کفش ایمنی ☐ عینک ایمنی ☐ کلاه ایمنی ☐ کمربند ایمنی ☐ سایر.....
آیا جعبه کمک‌های اولیه در محل مورد بیمه وجود دارد؟ بله ☐ خیر ☐
نام نزدیکترین بیمارستان و درمانگاه به محل اجرای پروژه:
فاصله تقریبی نزدیکترین بیمارستان و درمانگاه تا محل مورد بیمه:

پوشش ها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه‌گزار

تعهدات مورد درخواست بیمه گزار	مبلغ تعهد (واحد پول:)
۱- حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	
۲- حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه	
۳- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه‌های عادی	
۴- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه‌های حرام	
۵- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه	
۶- حداکثر غرامت دیه دوم و مازاد بر دیه اول هر نفر در هر حادثه	
۷-حداکثر غرامت دیه دوم و مازاد بر دیه اول در طول مدت بیمه نامه	

ردیف	پوشش‌های تکمیلی
۱	محل اقامت موقت و استراحتگاه موقت، اماکن وابسته به کارگاه نظیر رستوران، حمام و سالن ورزشی (خارج از محدوده مکانی تحت پوشش بیمه‌نامه): بله ☐ خیر ☐
۲	مأموریت‌های خارج از محوطه کارگاه به استثناء حوادث وسیله نقلیه موتوری: بله ☐ خیر ☐ (ارائه نام افراد مأمور در زمان صدور بیمه‌نامه و یا ۲۴ ساعت قبل از اعزام به مأموریت الزامی است)
۳	آیا مایل هستید خسارت‌های بدنی وارد به کارکنان در اثر حوادث وسیله نقلیه موتوری زمینی مشروط به احراز مسئولیت بیمه گزار و به صورت "پوشش با تعهدات کامل وسیله نقلیه موتوری" تحت پوشش این بیمه‌نامه قرار گیرد؟ بله ☐ خیر ☐
٤	مسئولیت مهندسین ناظر و مشاور اجرایی: بله ☐ خیر ☐
٥	صدمات جسمانی وارد به کارکنان بیمه گزار ناشی از هر نوع حمله حیوانات وحشی و همچنین هر نوع گزیدگی حیوانات، حشرات و گیاهان سمی: بله ☐ خیر ☐
٦	حمل، جابجایی و کاربرد مواد ناریه: بله ☐ خیر ☐
۷	چگونگی پرداخت غرامت‌های فوت و نقص عضو را مشخص نمایید: پرداخت خسارت صرفاً با رأی دادگاه ☐ پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه و با احراز مسئولیت بیمه‌گزار از سوی بیمه‌گر ☐
۸	مایل هستید هزینه‌های پزشکی به چه شکلی پرداخت شوند؟ طبق تعرفه وزارت بهداشت ☐ بدون اعمال تعرفه و صرفاً بر اساس صورتحساب‌های مراکز درمانی ☐
۹	خسارت جانی وارد به اشخاص ثالث ناشی از مسئولیت مستقیم شخص بیمه‌گزار در محدوده مکانی و یا در مجاورت محدوده مکانیٔ مورد بیمه (این پوشش اضافی تا سقف ۲ نفر را تحت پوشش قرار خواهد داد)
۱۰	پوشش هزینه‌های کارشناسی و دفاع از بیمه‌گزار: بله ☐ خیر ☐

مهر وضعیت کنترل

	پوشش هزینه‌های وکالت ۱۰۰ . ۰۰۰ . ۰۰۰ ریال برای هر حادثه سقف سرمایه ..... ریال در کل مدت قرارداد
۱۱	بکارگیری کارکنان در مشاغل غیر تخصصی اما مرتبط با فعالیت اصلی موضوع بیمه: بله ☐ خیر ☐
۱۲	مسئولیت متقابل کارکنان در قبال یکدیگر: بله ☐ خیر ☐
۱۳	پوشش جبران هزینه انتقال مصدوم: بله ☐ خیر ☐
۱٤	پوشش جبران هزینه انتقال متوفی: بله ☐ خیر ☐
۱۵	پوشش اضافی ایاب و ذهاب کارکنان: بله ☐ خیر ☐
۱٦	آیا مایل هستید مطالبات سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی (موضوع تبصره یک ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی) بابت مستمری کارکنان نیز تحت پوشش قرار گیرد؟ بله ☐ (لطفاً سرمایه مورد درخواست خود را مشخص فرمایید.) برای هر نفر ..... ریال و در طول مدت بیمه ..... ریال. خیر ☐
۱۷	آیا تمایل دارید افزایش تعداد کارکنان در طول اعتبار مدت بیمه‌نامه تا سقف ۲۰ ٪ حداکثر نیروی اظهارشده در این پرسشنامه تحت پوشش بیمه‌نامه قرار گیرد: بله ☐ خیر ☐
۱۸	آیا مایل هستید شاخص بیمه‌گزار تحت پوشش بیمه‌نامه قرار گیرد. (این پوشش اضافی صرفاً بابت بیمه‌گزاران حقیقی بوده و تحت شمول شرایط بیمه حوادث موضوع آیین نامه ۸۴ شورایعالی بیمه می باشد) بله ☐ خیر ☐
۱۹	مسئولیت بیمه گزار در قبال خسارت بدنی وارد به کلیه عوامل اجرائی از قبیل پیمانکاران فرعی (که دارای قرارداد مکتوب با بیمه گزار هستند)، کارکنان پیمانکاران فرعی، مهندسین ناظر و مشاورطرف قرارداد با بیمه گزار(صرفاً در محل اجرای پروژه) بله ☐ خیر ☐

حداکثر تعهد بابت دستمزد روزانه هر نفر مبلغ ۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه برای کلیه افراد مبلغ ..... ریال

تعهدات مندرج در بیمه نامه به ازای هر زیان‌دیده با توجه به افزایش سالانه دیه از زمان شروع سه بار می باشد.

تعداد طبقات زیر زمین:	تعداد طبقات همکف:	تعداد طبقات بالای همکف:	جمع کل طبقات:
متراژ:	عمق گودبرداری:	ضلع نماکاری:	افزایش نرخ ریالی دیه تا ..... سال

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

صفر درصد ☐ ده درصد ☐ پانزده درصد ☐ بیست درصد ☐ بیست و پنج درصد ☐

چنانچه خواسته‌ای مازاد بر موارد فوق الذکر دارید، در این قسمت ذکر فرمایید.

تاریخ:

نام و مهر و امضای بیمه گزار:

مهر وضعیت کنترل

این پرسشنامه و پیشنهاد، اساس انعقاد قرارداد بیمه بوده و بیمه نامه بر اساس اطلاعات مندرج در آن صادر می گردد، بنابراین لازم است در تکمیل آن دقت کافی بعمل آید.

مشخصات عمومی	تاریخ تکمیل پیشنهاد:	نام بیمه گزار: **شرکت تونل سدآریانا**
	کد اقتصادی: **۴۱۱۳۳۵۱۹۴۵۶۵**	شناسه ملی: **۱۰۱۰۳۳۳۳۲۶۰**
	نشانی بیمه گزار: **تهران، ونک، خیابان شیراز جنوبی، خیابان برزیل غربی، پلاک ۱۴۶، شرکت تونل سد آریانا**	
	تلفن: **۰۲۱۹۲۰۰۱۰۱۰**	کد پستی: **۱۴۳۵۸۱۴۸۵۰**
	نام مسئول ارتباط با بیمه:	تلفن همراه مسئول ارتباط با بیمه:
مشخصات مورد بیمه	نام و موضوع اجرای پروژه:	
	نشانی محل اجرای پروژه:	
	طبقه شغلی:	
	نوع پروژه:	
	شماره قرارداد/ پیمان:	
	تاریخ شروع قرارداد:	
	تاریخ پایان قرارداد:	
مدت	مدت بیمه نامه مورد درخواست: ..... روز، ..... ماه	
	تاریخ شروع بیمه نامه مورد درخواست:	
	تاریخ پایان بیمه نامه مورد درخواست:	
سایر مشخصات مورد بیمه	آیا تاکنون بیمه نامه مسئولیت برای پروژه خریداری نموده اید؟ (در صورتیکه پاسخ مثبت است شرکت بیمه صادر کننده آن را بنوسید) بله ☐ خیر ☐	
	آیا در زمان اجرای پروژه‌های گذشته خسارتی به کارکنان شما وارد شده است؟ (در صورتیکه پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید) بله ☐ خیر ☐ نام شرکت بیمه: میزان خسارت:	
	تعداد کارکنان ثابت و دائمی بیمه گذار و پیمانکاران فرعی: ..... نفر	
	حداکثر تعداد کارکنان متغیر بیمه گزار و پیمانکاران فرعی: ..... نفر	
	نکته: خسارات احتمالی از محل پوشش این بیمه نامه در صورتیکه اثبات گردد حداکثر نیروی کار اظهار شده از سوی بیمه گزار کمتر از تعداد واقعی نیروی کار در زمان حادثه باشد خسارت با رعایت ماده ۱۳ از قانون بیمه و به نسبت نفرات بیمه شده با نفرات زمان وقوع حادثه محاسبه و پرداخت خواهد شد. درصورتی‌که حداکثر نیروی کار اظهار شده از سوی بیمه گزار ۵ ٪ افزایش یابد خسارات احتمالی بدون اعمال قاعده نسبی قابلیت رسیدگی دارد.	
	تعداد شیفت کاری در شبانه روز یک ☐ دو ☐ سه ☐ شیفت	
	آیا کارکنان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی می باشند؟ بله ☐ خیر ☐	
	آیا کارکنان در تعطیلات رسمی نیز کار می کنند؟ بله ☐ خیر ☐	
	در صورتیکه محل مورد بیمه در طی مدت اعتبار بیمه نامه تغییر می‌کند، به سوالات زیر پاسخ دهید. (در صورتیکه پاسخ مثبت است، لطفاً اسامی کارکنان را طبق یک لیست پیوست اعلام نمایید) آیا امکان ارائه اسامی کارکنان وجود دارد؟ بله ☐ خیر ☐	
خطرات	خطراتی که کارکنان را در محیط کار تهدید می‌کند عبارتند از: قطع عضو ☐ انفجار ☐ برق گرفتگی ☐ سوختگی ☐ سقوط از ارتفاع ☐ سقوط اجسام ☐ گزیدگی حیوانات ☐	

مهر وضعیت کنترل

گاز گرفتگی ☐ برخورد با ماشین آلات پیمانکاری ☐ سایر خطرات (نام ببرید).....
آیا در محیط کار مورد بیمه، واحد HSE مستقر می‌باشد؟ بله ☐ خیر ☐
وسایل ایمنی مورد استفاده کارکنان در کارگاه عبارتند از : ماسک ☐ دستکش ☐ کفش ایمنی ☐ عینک ایمنی ☐ کلاه ایمنی ☐ کمربند ایمنی ☐ سایر.....
آیا جعبه کمک‌های اولیه در محل مورد بیمه وجود دارد؟ بله ☐ خیر ☐
نام نزدیکترین بیمارستان و درمانگاه به محل اجرای پروژه:
فاصله تقریبی نزدیکترین بیمارستان و درمانگاه تا محل مورد بیمه:

پوشش ها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه‌گزار

تعهدات مورد درخواست بیمه گزار	مبلغ تعهد (واحد پول:)
۱- حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	
۲- حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه	
۳- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه‌های عادی	
۴- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه‌های حرام	
۵- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه	
۶- حداکثر غرامت دیه دوم و مازاد بر دیه اول هر نفر در هر حادثه	
۷-حداکثر غرامت دیه دوم و مازاد بر دیه اول در طول مدت بیمه نامه	

ردیف	پوشش‌های تکمیلی
۱	محل اقامت موقت و استراحتگاه موقت، اماکن وابسته به کارگاه نظیر رستوران، حمام و سالن ورزشی (خارج از محدوده مکانی تحت پوشش بیمه‌نامه): بله ☐ خیر ☐
۲	مأموریت‌های خارج از محوطه کارگاه به استثناء حوادث وسیله نقلیه موتوری: بله ☐ خیر ☐ (ارائه نام افراد مأمور در زمان صدور بیمه‌نامه و یا ۲۴ ساعت قبل از اعزام به مأموریت الزامی است)
۳	آیا مایل هستید خسارت‌های بدنی وارد به کارکنان در اثر حوادث وسیله نقلیه موتوری زمینی مشروط به احراز مسئولیت بیمه گزار و به صورت "پوشش با تعهدات کامل وسیله نقلیه موتوری" تحت پوشش این بیمه‌نامه قرار گیرد؟ بله ☐ خیر ☐
٤	مسئولیت مهندسین ناظر و مشاور اجرایی: بله ☐ خیر ☐
٥	صدمات جسمانی وارد به کارکنان بیمه گزار ناشی از هر نوع حمله حیوانات وحشی و همچنین هر نوع گزیدگی حیوانات، حشرات و گیاهان سمی: بله ☐ خیر ☐
٦	حمل، جابجایی و کاربرد مواد ناریه: بله ☐ خیر ☐
۷	چگونگی پرداخت غرامت‌های فوت و نقص عضو را مشخص نمایید: پرداخت خسارت صرفاً با رأی دادگاه ☐ پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه و با احراز مسئولیت بیمه‌گزار از سوی بیمه‌گر ☐
۸	مایل هستید هزینه‌های پزشکی به چه شکلی پرداخت شوند؟ طبق تعرفه وزارت بهداشت ☐ بدون اعمال تعرفه و صرفاً بر اساس صورتحساب‌های مراکز درمانی ☐
۹	خسارت جانی وارد به اشخاص ثالث ناشی از مسئولیت مستقیم شخص بیمه‌گزار در محدوده مکانی و یا در مجاورت محدوده مکانی مورد بیمه (این پوشش اضافی تا سقف ۲ نفر را تحت پوشش قرار خواهد داد)
۱۰	پوشش هزینه‌های کارشناسی و دفاع از بیمه‌گزار: بله ☐ خیر ☐ پوشش هزینه‌های وکالت ۱۰۰ . ۰۰۰ . ۰۰۰ ریال برای هر حادثه

مهر وضعیت کنترل

	سقف سرمایه ..... ریال در کل مدت قرارداد
۱۱	بکارگیری کارکنان در مشاغل غیر تخصصی اما مرتبط با فعالیت اصلی موضوع بیمه: بله ☐ خیر ☐
۱۲	مسئولیت متقابل کارکنان در قبال یکدیگر: بله ☐ خیر ☐
۱۳	پوشش جبران هزینه انتقال مصدوم: بله ☐ خیر ☐
۱٤	پوشش جبران هزینه انتقال متوفی: بله ☐ خیر ☐
۱۵	پوشش اضافی ایاب و ذهاب کارکنان: بله ☐ خیر ☐
۱٦	آیا مایل هستید مطالبات سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی (موضوع تبصره یک ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی) بابت مستمری کارکنان نیز تحت پوشش قرار گیرد؟ بله ☐ (لطفاً سرمایه مورد درخواست خود را مشخص فرمایید.) برای هر نفر ..... ریال و در طول مدت بیمه ..... ریال. خیر ☐
۱۷	آیا تمایل دارید افزایش تعداد کارکنان در طول اعتبار مدت بیمه‌نامه تا سقف ۲۰ ٪ حداکثر نیروی اظهارشده در این پرسشنامه تحت پوشش بیمه‌نامه قرار گیرد: بله ☐ خیر ☐
۱۸	آیا مایل هستید شاخص بیمه‌گزار تحت پوشش بیمه‌نامه قرار گیرد. (این پوشش اضافی صرفاً بابت بیمه‌گزاران حقیقی بوده و تحت شمول شرایط بیمه حوادث موضوع آیین نامه ۸۴ شورایعالی بیمه می باشد) بله ☐ خیر ☐
۱۹	مسئولیت بیمه گزار در قبال خسارت بدنی وارد به کلیه عوامل اجرائی از قبیل پیمانکاران فرعی (که دارای قرارداد مکتوب با بیمه گزار هستند)، کارکنان پیمانکاران فرعی، مهندسین ناظر و مشاورطرف قرارداد با بیمه گزار(صرفاً در محل اجرای پروژه) بله ☐ خیر ☐

حداکثر تعهد بابت دستمزد روزانه هر نفر مبلغ ۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه برای کلیه افراد مبلغ ..... ریال

تعهدات مندرج در بیمه نامه به ازای هر زیان‌دیده با توجه به افزایش سالانه دیه از زمان شروع سه بار می باشد.

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

صفر درصد ☐ ده درصد ☐ پانزده درصد ☐ بیست درصد ☐ بیست و پنج درصد ☐

چنانچه خواسته‌ای مازاد بر موارد فوق الذکر دارید، در این قسمت ذکر فرمایید.

تاریخ:

نام و مهر و امضای بیمه گزار:

مهر وضعیت کنترل

این پرسشنامه و پیشنهاد، اساس انعقاد قرارداد بیمه بوده و بیمه نامه بر اساس اطلاعات مندرج در آن صادر می گردد، بنابراین لازم است در تکمیل آن دقت کافی بعمل آید.

مشخصات عمومی	تاریخ تکمیل پیشنهاد:	نام بیمه گزار: **شرکت تونل سد آریانا**
	کد اقتصادی: **۴۱۱۳۳۵۱۹۴۵۶۵**	شناسه ملی: **۱۰۱۰۳۳۳۳۲۶۰**
	نشانی بیمه گزار: **تهران، ونک، خیابان شیراز جنوبی، خیابان برزیل غربی، پلاک ۱۴۶، شرکت تونل سد آریانا**	
	تلفن: **۰۲۱۹۲۰۰۱۰۱۰**	کدپستی: **۱۴۳۵۸۱۴۸۵۰**
	نام مسئول ارتباط با بیمه:	تلفن همراه مسئول ارتباط با بیمه:
مشخصات مورد بیمه	نام و موضوع اجرای پروژه:	
	نشانی محل اجرای پروژه:	
	طبقه شغلی:	
	نوع پروژه:	
	شماره قرارداد/ پیمان:	
	تاریخ شروع قرارداد: / /	
	تاریخ پایان قرارداد: / /	
مدت	تاریخ شروع کار (تاریخ صورتجلسه تحویل زمین):	
	مدت بیمه نامه مورد درخواست: ..... روز، ..... ماه	
	تاریخ شروع بیمه نامه مورد درخواست: / /	
	تاریخ پایان بیمه نامه مورد درخواست: / /	
	مدت عملیات اجرایی بر طبق پیمان:	
	مدت دوره نگهداری بر طبق پیمان:	
مشخصات بیمه گزاران	نام کارفرما (صاحبکار):	
	نشانی کارفرما:	
	شناسه/ کدملی:	تلفن:
	نام پیمانکار (ان) اصلی:	
	نشانی پیمانکار (ان) اصلی:	
	شناسه/ کدملی:	تلفن:
	نام مهندسان مشاور:	
	نشانی مهندسان مشاور:	
	شناسه/ کدملی:	تلفن:

مهر وضعیت کنترل

شرح کار مورد قرارداد	خواهشمند است به صورت خلاصه، گزارشی از مشخصات فنی و اجرایی پروژه را تشریح فرمایید: درصورت احداث کانال و لوله گذاری به سوالات زیر نیز پاسخ دهید: حداکثر عمق کانال (متر): حداکثر طول کانال (متر): حداکثر عرض کانال (متر): حداکثر سایز لوله ها (متر):
تجربه پیمانکار	آیا پیمانکار در این نوع کار یا روش‌های اجرایی ساخت تجربه کافی دارد؟ بله ☐ خیر ☐ (خواهشمند است به طرح‌های مشابهی که قبلاً بوسیله پیمانکار مجری انجام شده است، اشاره فرمایید.)
وضعیت پروژه	آیا پروژه بر طبق برنامه زمان بندی اجرا می شود؟
	میزان پیشرفت فیزیکی پروژه: ..... درصد
	میزان پیشرفت مالی پروژه: ..... درصد
	کدامیک از کارها توسط پیمانکاران فرعی انجام خواهد گرفت؟
	خواهشمند است درصورت مشخص بودن پیشرفت پروژه به سوالات زیر پاسخ دهید: الف) آیا قسمتی از کار تحویل کارفرما شده است؟ بله ☐ خیر ☐ (درصورت مثبت بودن توضیح دهید) ب) آیا پروژه قبلاً دچار خسارت شده است؟ بله ☐ خیر ☐ (درصورت مثبت بودن، علت حادثه، تاریخ حادثه، مبلغ خسارت و وضعیت کنونی را شرح دهید)
خطرات / ریسک ها	لطفاً خطراتی که در اجرای موضوع مورد بیمه بیشتر امکان وقوع دارند را مشخص فرمایید: آتش‌سوزی ☐ انفجار ☐ انفجار مصنوعی (سنگ ترکانی) ☐ سیل ☐ طغیان آب ☐ طوفان ☐ گردباد ☐ آتشفشان ☐ زلزله دریایی ☐ رانش زمین ☐ زلزله ☐ صاعقه ☐ سایر خطرات (نام ببرید)..... آیا سابقه حوادث طبیعی در منطقه وجود دارد؟ بله ☐ خیر ☐ (درصورت مثبت بودن توضیح دهید)
	آیا سابقه زلزله در منطقه وجود دارد؟ آیا از لحاظ زمین شناسی در منطقه گسل وجود دارد؟ بله ☐ خیر ☐ (درصورت مثبت بودن توضیح دهید)
	آیا سابقه وقوع سیل و سیلاب و طغیان آب در منطقه وجود دارد؟ بله ☐ خیر ☐ (درصورت مثبت بودن توضیح دهید)
	خطر طوفان: کم ☐ متوسط ☐ زیاد ☐
	آیا طراحی سازه‌های مورد بیمه براساس مقررات و آئین‌نامه‌های مربوط به مقاوم سازی در برابر زلزله می‌باشد؟ بله ☐ خیر ☐
	سطح آب‌های زیرزمینی در محل اجرای پروژه به چه میزان است؟

مهر وضعیت کنترل

	نام نزدیکترین رودخانه، دریاچه، دریا و غیره چه می‌باشد؟ فاصله آن تا محل پروژه، به چه میزان است؟ مشخصات رودخانه مجاور: عرض.....دبی..... میانگین آب در سطح محل کار: ..... حد پایین عمق آب رودخانه..... حد متوسط عمق رودخانه ..... بالاترین حد عمق آب ثبت شده.....
	شرایط جوی: ..... فصل بارندگی از .....تا .....
	حداکثر میزان بارندگی: بر حسب میلیمتر ..... در ساعت ..... در روز..... در ماه..... در سال.....
سایر موارد	آیا بیمه مسئولیت مدنی در مقابل اشخاص ثالث مورد نیاز است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، به سوالات ذیل پاسخ دهید: محل اجرای پروژه: داخل شهر ☐ خارج شهر ☐ وضعیت تراکم نیروی انسانی ثالث در محیط کار: ندارد ☐ خلوت (۱ تا ۵ نفر) ☐ شلوغ (۶ تا ۱۰ نفر) ☐ خیلی شلوغ (۱۱ نفر به بالا) ☐ وضعیت استقرار تأسیسات تحت الارضی در محل اجرای پروژه: ندارد ☐ کم ☐ متوسط ☐ زیاد ☐ خیلی زیاد ☐ نوع خاک محل اجرای پروژه: صخره ☐ شن ☐ ماسه ☐ خاک رس ☐ خاک دستی ☐ مخلوط ☐ دج ☐ انواع دیگر..... وضعیت گودبرداری: ندارد ☐ شروع نشده یا در حال انجام است ☐ به اتمام رسیده است ☐ عمق خاکبرداری یا گودبرداری (متر): عرض زمین در حال ساخت (متر): نوع ضعیف‌ترین سازه مجاور پروژه: تمام اسکلت ☐ نیمه اسکلت ☐ آجری ☐ خشت و گل ☐ سایر(نام ببرید).....
پوشش های اضافی	آیا مایلید با پرداخت حق بیمه اضافی، درصورت بروز خسارت، هزینه های اضافی زیرتحت پوشش قرارگیرد؟ (لطفاً مشخص فرمایید) هزینه حمل هوایی ☐ کار در ایام تعطیلات رسمی ☐ کار در شب ☐ اضافه‌کاری ☐ هزینه حمل سریع ☐
	آیا مایل هستید با پرداخت حق بیمه اضافی، برای اموال مجاور(ساختمان‌ها یا تأسیسات متعلق به کارفرما، موجود در محل کار یا مجاور آن که تحت پیمان پروژه مورد بیمه نیز نمی‌باشد) درمقابل زیان یا خسارت ناشی ازعملیات موضوع قرارداد پوشش بیمه ای اخذ گردد؟ بله ☐ خیر ☐ (درصورت مثبت بودن توضیح دهید)
	آیا پوشش برای ماشین آلات ساختمانی یا نصب ماشین‌آلات حفاری، جرثقیل‌ها و... مورد درخواست می‌باشد؟ بله ☐ خیر ☐ (درصورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً پرسشنامه بیمه ماشین آلات پیمانکاران را نیز تکمیل فرمایید)
	آیا پوشش بیمه‌ای برای تجهیزات ساختمانی یا نصب که توسط پیمانکار تأمین می‌گردد مانند داربست، اطاقک‌های موقت، ابزار، وسایل و.... مورد درخواست می‌باشد؟ بله ☐ خیر ☐ (در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً لیست آنها را ضمیمه این فرم فرمایید)
	چنانچه خواسته‌ای مازاد بر موارد فوق الذکر دارید، در این قسمت ذکر فرمایید.

مهر وضعیت کنترل

فرم سرمایه مورد بیمه در بیمه نامه تمام خطر پروژه:		
سرمایه مورد بیمه در بخش یک	مبالغ مورد درخواست بیمه گزار	مبلغ بیمه شده (واحد پول:)
	۱- مبلغ قرارداد (پیمان):	
	۲- مصالح یا اقلام تهیه شده توسط کارفرما:	
	۳- تعدیل (افزایش بها و مابه التفاوت مصالح):	
	۴- لوازم و تجهیزات ساختمانی یا نصب: (از قبیل داربست، اطاقک، قالب‌ها و... متعلق به پیمانکار)	
	۵- ماشین آلات ساختمانی و راهسازی: (فهرست تمامی ماشین‌آلات مورد نظر را با تعیین ارزش تعویضی هریک پیوست نمایید)	
	۶- برداشت ضایعات:	
	۷- اموال موجود در محل کار یا در مجاورت آن:	
	۸- افزایش مبلغ پیمان در اثر ابلاغ کارهای اضافی (تا ۲۵ درصد):	
	۹- سایر موارد پیش‌بینی نشده در پیمان:	
	جمع مبالغ بیمه شده در بخش یک بیمه نامه (خسارت فیزیکی):	
مبالغ موجود در بیمه نامه باید مطابق پیمان باشد.		
سرمایه مورد تعهد در بخش دو	موارد مورد درخواست بیمه گزار	حد غرامت (واحد پول:)
	۱- حداکثر غرامت جانی ناشی از فوت و نقص عضو برای هر نفر در هرحادثه:	
	۲- حداکثر غرامت جانی ناشی از فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه برای چند نفر:	
	۳- حداکثر خسارت مالی وارده در هر حادثه:	
	۴- حداکثر خسارت مالی وارده در طول مدت اعتبار بیمه نامه:	
	۵- حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه:	
	۶- حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت اعتبار بیمه نامه برای چند نفر	
	جمع کل سرمایه در بخش دو:	

تاریخ:

نام و مهر و امضای بیمه گزار:

مهر وضعیت کنترل

این پرسشنامه و پیشنهاد، اساس انعقاد قرارداد بیمه بوده و بیمه نامه بر اساس اطلاعات مندرج در آن صادر می گردد، بنابراین لازم است در تکمیل آن دقت کافی بعمل آید.

مشخصات متقاضی	تاریخ تکمیل پیشنهاد:	نام بیمه گزار: **شرکت تونل سدآریانا**
	کد اقتصادی: **۴۱۱۳۳۵۱۹۴۵۶۵**	شناسه ملی: **۱۰۱۰۳۳۳۳۲۶۰**
	نشانی بیمه گزار: **تهران، ونک، خیابان شیراز جنوبی، خیابان برزیل غربی، پلاک ۱۴۶، شرکت تونل سدآریانا**	
	تلفن: **۰۲۱۹۲۰۰۱۰۱۰**	کدپستی: **۱۴۳۵۸۱۴۸۵۰**
	نام مسئول ارتباط با بیمه:	تلفن همراه مسئول ارتباط با بیمه:
	نام و نام خانوادگی:	کدملی:
	حرفه:	تلفن همراه:
	تلفن:	نشانی الکترونیکی:
	نشانی و کدپستی:	
	این قسمت طبق کارت مشخصات وسیله نقلیه صادره نیروی انتظامی تکمیل شود.	
مشخصات وسیله نقلیه	شماره پلاک:	نوع وسیله نقلیه:
	سیستم:	تیپ:
	مدل (سال ساخت):	رنگ:
	تعداد سیلندر:	ظرفیت:
	شماره موتور:	اتاق بار:
	شماره شاسی:	مورد استفاده:
	سایر توضیحات:	
تعهدات مورد درخواست	الف) بیمه مسئولیت مدنی ۱- خسارت مالی حداکثر در هر حادثه مبلغ (ریال): ۲- غرامت فوت و صدمات بدنی برای هر یک دیه کامل در هر حادثه برای هر نفر حداکثر مبلغ (ریال):	
	ب) بیمه حوادث منحصراً برای راننده مسبب حادثه غرامت فوت و نقص عضو برای راننده مسبب حادثه حداکثر مبلغ (ریال):	
سابقه بیمه / خسارت	وسیله نقلیه مذکور قبلاً بیمه نامه شخص ثالث: نداشته است ☐ داشته است ☐ و به موجب بیمه نامه شماره..... تا تاریخ..... نزد شرکت سهامی بیمه.....بیمه بوده است.	
	در طول مدت بیمه، موجب ایجاد خسارت به اشخاص ثالث نگردیده است. ☐	
	وسیله نقلیه فوق الذکر در طول مدت بیمه در.....نوبت موجب ایجاد خسارت مالی و در.....نوبت موجب ایجاد خسارت بدنی به اشخاص ثالث گردیده است. ☐	

تاریخ:

نام و مهر و امضای بیمه گزار:

مهر وضعیت کنترل

این پرسشنامه و پیشنهاد، اساس انعقاد قرارداد بیمه بوده و بیمه نامه بر اساس اطلاعات مندرج در آن صادر می گردد، بنابراین لازم است در تکمیل آن دقت کافی بعمل آید.

مشخصات عمومی	تاریخ تکمیل پیشنهاد:	نام بیمه گزار: **شرکت تونل سد آریانا**
	کد اقتصادی: **۴۱۱۳۳۵۱۹۴۵۶۵**	شناسه ملی: **۱۰۱۰۳۳۳۳۲۶۰**
	نشانی بیمه گزار: **تهران، ونک، خیابان شیراز جنوبی، خیابان برزیل غربی، پلاک ۱۴۶، شرکت تونل سد آریانا**	
	تلفن: **۰۲۱۹۲۰۰۱۰۱۰**	کدپستی: **۱۴۳۵۸۱۴۸۵۰**
	نام مسئول ارتباط با بیمه:	تلفن همراه مسئول ارتباط با بیمه:
مشخصات مورد بیمه	نام و موضوع اجرای پروژه:	
	نشانی محل اجرای پروژه:	
	طبقه شغلی:	
	نوع پروژه (نوع پروژه ای که ماشین‌آلات و تجهیزات در آن فعالیت می‌کنند):	
	شماره قرارداد/ پیمان:	
	تاریخ شروع قرارداد: / /	
	تاریخ پایان قرارداد: / /	
	نوع ماشین‌آلات:	
مدت	مدت بیمه نامه مورد درخواست: ..... روز، ..... ماه	
	تاریخ شروع بیمه نامه مورد درخواست: / /	
	تاریخ پایان بیمه نامه مورد درخواست: / /	
سایر مشخصات مورد بیمه	آیا قبلاً بیمه ماشین‌آلات و تجهیزات پیمانکاران داشته‌اید؟ بله ☐ خیر ☐ (درصورت مثبت بودن پاسخ، برای کدام ردیف‌های فهرست ماشین‌آلات مندرج در جدول و نزد کدام شرکت بیمه):	
	آیا قبلاً ماشین‌آلات و تجهیزات پیمانکاران خسارتی داشته اند؟ بله ☐ خیر ☐ درصورت مثبت بودن پاسخ لطفاً شرح دهید: نام شرکت بیمه: میزان خسارت:	
	آیا مایلید در هنگام بروز خسارت هزینه‌های اضافی برای اضافه کاری، کاردرشب، کار درایام تعطیل یا هزینه حمل سریع نیز تحت پوشش باشد؟ بله ☐ خیر ☐ هزینه اضافی حمل هوایی؟ بله ☐ خیر ☐	
	آیا ماشین‌آلات و تجهیزات مورد بیمه تمام یا قسمتی اجاره شده است؟ بله ☐ خیر ☐ اگر چنین است لطفاً نام آن ماشین‌آلات و نام و آدرس مالکین آنها را ذکر نمایید:	

مهر وضعیت کنترل

چه پوشش‌های اضافی دیگری مورد درخواست می‌باشد؟

حمل داخلی ☐

پوشش ماشین‌آلاتی که در زیرزمین کار می‌کنند ☐

اموال مجاور (فقط در محل فعالیت ماشین‌آلات) ☐ ارزش اموال مجاور (ریال):

غرامت جانی اشخاص ثالث برای هر نفر (فقط در محل فعالیت ماشین‌آلات) (ریال):

غرامت جانی اشخاص ثالث برای چند نفر (فقط در محل فعالیت ماشین‌آلات) (ریال):

خسارت مالی ثالث (فقط در محل فعالیت ماشین‌آلات) (ریال):

سایر ☐ (لطفاً نام ببرید):

آیا ماشین‌آلات مورد تقاضا برای پوشش بیمه‌ای نو می‌باشد؟ بله ☐ خیر ☐

تذکر: خطرات تحت پوشش این بیمه‌نامه با منشأ بیرونی می‌باشد و تأکید می‌گردد خسارت‌های شکست مکانیکی قطعات داخلی در حین انجام کار در این بیمه‌نامه پوشش ندارد.

درصورت پاسخ منفی چند سال از عمر کاری این ماشین‌آلات می‌گذرد:

آیا ماشین‌آلات مورد تقاضا قبلاً خسارتی داشته‌اند؟ بله ☐ خیر ☐ (درصورت پاسخ مثبت توضیح دهید)

آیا کسانیکه رانندگی ماشین آلات را به عهده دارند، دارای گواهینامه و دارای تجربه کافی می‌باشند؟ بله ☐ خیر ☐

ماشین آلات و تجهیزات مورد نظر بیشتر در معرض کدامیک از خطرات زیر قرار دارند؟

آتش‌سوزی ☐ انفجار ☐ صاعقه ☐ زلزله ☐ آتشفشان ☐ زلزله دریایی ☐ سیل ☐ طوفان ☐ گردباد ☐ رانش زمین ☐

واژگونی در آب ☐ طغیان آب ☐ سایر(نام ببرید).....

محل فعالیت ماشین آلات در کدامیک از مناطق زیر است؟

کار در زیرزمین ☐ کار درتونل ☐ کار در زمین نرم یا باتلاقی ☐ ریزش کوه یا صخره ☐ نشست زمین ☐

کار در مناطق کوهستانی ☐ سایر(نام ببرید).....

سایر ملاحظات:

چنانچه خواسته‌ای مازاد بر موارد فوق الذکر دارید، در این قسمت ذکر فرمایید.

تاریخ:

نام و مهر و امضای بیمه‌گزار:

مهر وضعیت کنترل

مشخصات عمومی ماشین آلات										
نام پروژه:										
ردیف	نوع ماشین آلات	شماره شهربانی	سال ساخت	کارکرد ماشین	شماره موتور	شماره شاسی	سریال ساخت	رنگ	ارزش ماشین آلات براساس قیمت روز (ریال)	ارزش ماشین آلات براساس قیمت جایگزینی نو (ریال)
جمع کل مبالغ مورد بیمه:										

تاریخ:

نام و مهر و امضای بیمه‌گزار:

مهر وضعیت کنترل