



بیمه سرا

(پیوست ۳)

فرم گزارش وضعیت ایمنی کارگاه

جهت تعدیل حق بیمه صرفاً در صورت پذیرش و تایید توسط بیمه گذار

نام فعالیت مورد بیمه : شماره پیشنهاد ثبت شده : تاریخ تکمیل فرم :

نوع فعالیت : ساختمانی صنعتی ، تجاری عمرانی

نام کارفرما : نشانی محل کار :

اطلاعات وضعیت فعالیت مورد بیمه :

رعایت موارد ایمنی را با علامتگذاری اعلام فرمایید .

- لباس کار مناسب کلاه فلزی عینک و سایر انواع ماسک
- کمر بند حفاظ انواع دستکش کار کفش و چکمه ایمنی

آیا سیستم دارای واحد HSE (بهداشت ایمنی واحد کار) می باشد ؟ بلی خیر

آیا محل مورد بیمه دارای مراکز بهداشت کار یا کمک اولیه و مراقبت های فوری می باشد ؟ بلی خیر

ساعت کار بیمه شده از ساعات لغایت می باشد . شیفت صبح شیفت ظهر شیفت شب

نحوه ثبت ورود و خروج کارکنان چگونه است ؟ دفتری کارتکس کامپیوتری

آیا دارای لیست تامین اجتماعی می باشد ؟ بلی خیر

* چنانچه بیمه نامه تمدیدی بیمه ایران است ذکر شماره بیمه نامه سال قبل الزامی است .
 شماره بیمه نامه سال قبل :

* چنانچه بیمه نامه تمدیدی از سایر شرکت ها باشد بایستی استعلام حق بیمه و خسارت پرداختی اخذ و ضمیمه درخواست گردد .
 شماره بیمه نامه سال قبل در سایر شرکت ها :

* اینجانب بعنوان بیمه گذار (حقیقی / حقوقی) موافقت می نماید در صورتی که خسارت ایجاد شده بدلیل عدم رعایت ایمنی موارد اعلامی و تایید شده در این فرم واقع گردد ، بیمه گر مجاز خواهد بود ۱۰٪ از مبلغ خسارت را کسر نماید .

امضاء بیمه گذار با ذکر نام و تاریخ

نمایندگی قبادی

تایید واحد اجرایی
مهر و امضاء

کد ۵۳۰۱

تایید شبکه فروش
مهر و امضاء