

• تهران، خیابان آیت اله طالقانی، حدفاصل خیابان
ولیعصر و خیابان حافظ، ساختمان شماره ۴۰۴

• تلفن: ۱۳ و ۶۶۴۰۹۹۱۲

• فاکس: ۶۶۹۷۷۲۰۶

• کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

سازندگان ابنیه در مقابل کارکنان ساختمانی



« سهامی عام »

www.BimehAsia.ir

Email: Masouliat@BimehAsia.ir

مشخصات بیمه گزار

نام بیمه گزار: تلفن / دورنگار: شماره ملی:
نام مالک: نام صاحب پروانه:
نام کامل شرکاء: کد اقتصادی:
آدرس بیمه گزار: کد پستی:
نشانی محل احداث بنا: کد پستی:
نام کامل مجری طرح (پیمانکار اصلی): نشانی الکترونیکی:
نام و کد نمایندگی / کارگزاری: شماره بیمه نامه سال قبل:

مدت بیمه: جمعاً ماه از ساعت ۲۴ روز الی ساعت ۲۴ روز

مشخصات بناء

شماره پروانه ساخت: تاریخ صدور: کل متر اژ در پروانه ساخت:
تعداد طبقات جمعاً با احتساب همکف طبقه به اضافه طبقه زیر زمین تعداد بلوک
نوع اسکلت: فلزی ☐ بتنی ☐ درصد پیشرفت کار:

نوع کار ساختمانی:

☐ تخریب و احداث بنا ☐ اجرای اسکلت فلزی احداث ☐ اماکن فرهنگی، ورزشی
☐ احداث بنا ☐ اجرای نمای ساختمان ☐ تخریب بنای قدیمی به تنهایی
☐ بازسازی و تعمیرات ☐ تعمیرات اساسی ☐ تعمیرات جزئی
☐ اجرای محوطه سازی ☐ احداث سوله ☐ سایر موارد

آیا کارگران تحت پوشش بیمه سازمان تأمین اجتماعی و یا می باشند. بلی ☐ خیر ☐ چه تعداد تحت پوشش بیمه می باشند؟ نفر
آیا تمایل به ارائه لیست کارکنان دارید: بلی ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ مثبت، ارائه لیست اسامی کارکنان در زمان صدور بیمه نامه الزامیست
آیا سابقه پوشش بیمه نامه مسئولیت مدنی سازندگان ابنیه و ... دارید؟ بلی ☐ خیر ☐ کدام شرکت:
چند سال: آیا دارای خسارت می باشید: بلی ☐ خیر ☐ در صورت مثبت بودن پرسش زیر را هم تکمیل نمایید:
تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت، نقص عضو یا هزینه پزشکی گردیده است:
فوت: ☐ نفر طی ☐ حادثه نقص عضو: ☐ نفر طی ☐ حادثه هزینه پزشکی: ☐ نفر طی ☐ حادثه
آیا کارکنان دارای پوشش بیمه عمر و حادثه می باشند؟ بلی ☐ خیر ☐ نام شرکت: تاریخ شروع:
تاریخ پایان: سرمایه مورد تعهد بیمه نامه عمر و حوادث:

تعهدات درخواستی

- ۱- غرامت فوت، صدمه جسمی و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی حداکثر: مبلغ ریال
- ۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام حداکثر: مبلغ ریال
- ۳- هزینه های پزشکی ناشی از حوادث موضوع این بیمه نامه برای هر نفر در هر حادثه حداکثر: مبلغ ریال
- ۴- حداکثر تعهد بیمه گر برای فوت، صدمه جسمی و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی طی مدت بیمه نامه: مبلغ ریال
- ۵- حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه های پزشکی طی مدت بیمه نامه: مبلغ ریال

(۱) پوشش بیمه ای مطالبات سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی با سرمایه :

- ☐ ۱/۱ ریال ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ☐ ۱/۲ ریال ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ☐ ۱/۳ ریال ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ☐ ۱/۴ ریال ۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰
- ☐ ۱/۵ ریال ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ☐ ۱/۶ ریال ۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ☐ ۱/۷ ریال ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ☐ ۱/۸ ریال ۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰
- ☐ ۱/۹ ریال ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ☐ ۱/۱۰ ریال ۵۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ☐ ۱/۱۱ ریال ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ☐ ۱/۱۲ ریال ۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰
- ☐ ۱/۱۳ ریال ۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ☐ ۱/۱۴ ریال ۹۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ☐ ۱/۱۵ ریال ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ☐ ۱/۱۶ ریال ۱,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
- ☐ ۱/۱۷ ریال ۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰

(۲) پوشش مسئولیت کارفرما در مقابل فوت و صدمات جسمانی وارد به اشخاص ثالث ☐

- (۳) پوشش بیمه ای برای شخص بیمه گـزار ☐ (۴) پوشش پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه ☐
- (۵) پوشش بیمه ای برای مسئولیت مهندس ناظر ، طراح و محاسب ☐ (۶) پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه ☐
- (۷) پوشش حوادث ناشی از کار در اماکن وابسته به کارگاه (لطفاً نام و آدرس اماکن مورد نظر را ذکر نمائید) ☐

۱ -
۲ -

(۸) پوشش بیمه ای برای مأموریت های خارج از کارگاه تا سقف ۲۰٪ ، ۴۰٪ ، ۶۰٪ ، ۸۰٪ و ۱۰۰٪ (لطفاً مشخصات افراد مورد نظر را ذکر نمائید) ☐

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی
۳			
۴			

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی
۱			
۲			

• خواهشمند است در صورتیکه نام مأمورین بیشتر از حد معمول جدول فوق می باشد طی برگه ای جداگانه ، ضمیمه فرم پیشنهاد گردد.

(۹) پوشش بیمه ای برای حوادث ناشی از تصادم وسائط نقلیه موتوری زمینی ☐

نظر به اینکه پوشش شماره ۱۰ در دو قسمت پوشش اضافی با سرمایه و بدون سرمایه تعبیه شده است ، لذا واحدهای صدور موظفند یکی از دو حالت مورد اشاره (با سرمایه و یا بدون سرمایه) را در بیمه نامه انتخاب نمایند و هر گونه اشتباه در انتخاب همزمان پوشش ها به عهده واحدهای صدور خواهد بود .

(۱۰) الف : پوشش بیمه ای مزاد بر یک ديه بدون سرمایه : ☐ ديه سوم ☐ ديه چهارم ☐

ب : پوشش بیمه ای مزاد بر یک ديه با سرمایه :

- ☐ ۱ (۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) ☐ ۲ (۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) ☐ ۳ (۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) ☐ ۴ (۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)
- ☐ ۵ (۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) ☐ ۶ (۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) ☐ ۷ (۱,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) ☐ ۸ (۱,۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)
- ☐ ۹ (۱,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) ☐ ۱۰ (۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) ☐ ۱۱ (۲,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) ☐ ۱۲ (۲,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)

(۱۱) پوشش بیمه ای برای مسئولیت پیمانکاران فرعی ☐

(۱۲) پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی ديه با سرمایه :

- ☐ ۱ (۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) ☐ ۲ (۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) ☐ ۳ (۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) ☐ ۴ (۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)
- ☐ ۵ (۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) ☐ ۶ (۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) ☐ ۷ (۱,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) ☐ ۸ (۱,۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)
- ☐ ۹ (۱,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) ☐ ۱۰ (۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)

(۱۳) پوشش بیمه ای پرداخت حقوق یا دستمزد روزانه کارکنان ☐

(۱۴) پوشش بیمه ای عدم اعمال قاعده نسبی مربوط به افزایش متراژ ساختمان ☐

(۱۵) پوشش مسئولیت ناشی از قصور ، اشتباه یا اهمال غیرعمدی کارکنان بیمه گزار در قبال سایر کارکنان ☐

(۱۶) پوشش بیمه ای حوادث غیر مرتبط با کار (کارکنان) ☐

(۱۷) پوشش بیمه ای کارکنان حین ایاب و ذهاب از منزل به محل بیمه شده و بالعکس ☐

(۱۸) پوشش طلائى ☐

(۲۰) پوشش بیمه ای جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال فرانشیز ☐

بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پیشنهاد و پرسشنامه صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از ذکر هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است و در صورت اثبات خلاف موارد اعلام شده ، مسئولیت آن متوجه شخص بیمه گزار و یا نماینده وی می باشد . بنابراین موافقت می شود این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد و بیمه گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه نامه صادره مسئول جبران خسارت خواهد بود .

تاریخ تکمیل پیشنهاد : مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری : نام / مهر و امضاء بیمه گزار تاریخ : تلفن تماس :