

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



« سهامی عام »

www.BimehAsia.ir

Email: Masouliat@BimehAsia.ir

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

کارفرمایان واحدهای صنعتی، تولیدی، خدماتی در مقابل کارکنان

• تلفن: ۱۳ و ۶۶۴۰۹۹۱۲

• فاکس: ۶۶۹۷۷۲۰۶

• کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

مشخصات بیمه‌گزار

نام کامل بیمه‌گزار: شماره اقتصادی: شماره ملی:
نام مالک: صاحب جواز کسب: صاحب پروانه:
نشانی دفتر مرکزی: نشانی الکترونیکی: تلفن / دورنگار:
نشانی محل کار موضوع بیمه: سابقه کار بیمه‌گزار:
نام و کد نمایندگی / کارگزاری: تلفن / دورنگار: شماره بیمه‌نامه سال قبل:

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

مشخصات مورد بیمه

تاریخ تأسیس کارگاه، کارخانه و یا شرکت: آیا بیمه‌گزار (حقیقی) دارای جواز کسب می‌باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر
شرح مختصری از نوع فعالیت:
نوع و تعداد ماشین آلات صنعتی و وسایل نقلیه موتوری موجود در محل کار:
نوع وسایل ایمنی مورد استفاده در محل کار:
نوع فعالیت: ☐ فصلی ☐ دائمی حداکثر نیروی کار: نفر تعداد شیفت کاری: شیفت
حداکثر افراد شاغل در شیفت اول حداکثر نفر شیفت دوم حداکثر نفر شیفت سوم حداکثر نفر
آیا کارگران تحت پوشش بیمه سازمان تأمین اجتماعی و یا می‌باشند. ☐ بلی ☐ خیر ☐ چه تعداد تحت پوشش بیمه می‌باشند؟ نفر
آیا تمایل به ارائه لیست کارکنان دارید: ☐ بلی ☐ خیر در صورت پاسخ مثبت، ارائه لیست اسامی کارکنان در زمان صدور بیمه‌نامه الزامیست
آیا سابقه پوشش بیمه‌نامه مسئولیت مدنی واحدهای صنعتی و ... دارید؟ ☐ بلی ☐ خیر کدام شرکت:
چند سال: آیا دارای خسارت می‌باشید: ☐ 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 می‌باشند؟ ☐ بلی ☐ خیر نام شرکت: تاریخ شروع:
تاریخ پایان: سرمایه مورد تعهد بیمه‌نامه عمر و حوادث:

لطفاً نظر خود را در خصوص خطرات احتمالی که کارکنان را تهدید می‌نماید بیان نمایید:

☐ انفجار ☐ مصدومیت در اثر استفاده از ابزار آلات ☐ برق گرفتگی ☐ خطر سوختگی و آتش سوزی
☐ سقوط اجسام ☐ سقوط از ارتفاع (تا ارتفاع متر) ☐ سایر خطرات ☐ گزیدگی حیوانات

تعهدات درخواستی

۱- غرامت فوت، صدمه جسمی و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی برای هر نفر در هر حادثه در ماه‌های عادی حداکثر: مبلغ ریال
۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه‌های حرام حداکثر: مبلغ ریال
۳- هزینه‌های پزشکی ناشی از حوادث موضوع این بیمه‌نامه برای هر نفر در هر حادثه حداکثر: مبلغ ریال
۴- حداکثر تعهد بیمه‌گر برای فوت، صدمه جسمی و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی طی مدت بیمه‌نامه: مبلغ ریال
۵- حداکثر تعهد بیمه‌گر برای هزینه‌های پزشکی طی مدت بیمه‌نامه: مبلغ ریال

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

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

(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 :

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

(۱۱) پوشش بیمه ای برای مسئولیت پیمانکاران فرعی ☐

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

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

(۱۳) پوشش بیمه ای پرداخت حقوق یا دستمزد روزانه کارکنان ☐(۱۴) پوشش بیمه ای عدم اعمال قاعده نسبی مربوط به افزایش تعداد کارکنان ☐(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 .

نام / مهر و امضاء بیمه گزار
تاریخ :

مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری :
تلفن تماس :

تاریخ تکمیل پیشنهاد :