



www.BimehAsia.ir

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

- کارفرمایان واحدهای صنعتی، تولیدی و خدماتی در مقابل کارگنان

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

 - تهران، خیابان آیت الله طالقانی ، بین خیابان الهی و سپهد قرنی شماره ۳۱۰
 - تلفن: ۸۷۰۷
 - کد اقتصادی: ۴۱۵۷۱۷۱۱۱۱۱۱۱۱۱۱

از شرکت بیمه آسیا (سهامی عام) درخواست می گردد بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان را بر اساس مندرجات این پیشنهاد به مدت روز از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ صادر نماید.

نام کامل بیمه گذار : شماره ملی : شماره اقتصادی :
نام مالک : صاحب پروانه : صاحب جواز کسب :
نشانی پستی دفتر مرکزی : تلفن: تلفن:
نشانی محل کار موضوع بیمه : تلفن: نشانی محل کار بیمه گذار :
سابقه کار بیمه گذار : شماره تلفن همراه:
دورو نگار : نشانی الکترونیکی :

نام نمایندگی : واحد صدور : کد: شماره بیمه نامه سال قبل: (نژد کدام شرکت) : بیمه نامه تمدیدی است؟ بله خیر

تاریخ تأسیس کارگاه ، کارخانه و یا شرکت : شرح مختصری از نوع فعالیت :

نوع و تعداد ماشین آلات صنعتی، وسایل نقلیه موتوری موجود در محل کار:

نوع وسایل ایمنی مورد استفاده در محل کار :	نحوه فعالیت : دائمی <input type="checkbox"/> فصلی <input checked="" type="checkbox"/>
.....تعداد شیفت کاری :حداکثر نیروی کار :نفر
.....حداکثر افراد شاغل در شیفت اول حداکثرنفرشیفت سوم حداکثرنفر
.....با توجه به حداکثر تعداد نیروی کار ذکر شده فوق تعداد افراد شاغل را به تفکیک مشاغل (مانند نمونه مشاغل ذیل) مشخص فرمایید:شیفت دوم حداکثرنفر
.....نگهبان(صرفا جهت ثبت ورود و خروج پرسنل):نفر، تعدادشیفت کاری کارکنان اداری:نفر ، تعدادشیفت کارینفر، تعدادشیفت کاری
.....نفر، تعدادشیفت کارینفر، تعدادشیفت کاری
.....نفر، تعدادشیفت کارینفر، تعدادشیفت کاری
.....نفر، تعدادشیفت کارینفر، تعدادشیفت کاری

نکته: چنانچه تعداد کارکنان کمتر از ۵ نفر باشد، ارائه لیست اسامی پرسنل الزامی است.

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 واحدهای صنعتی و ... دارید ؟ بلی خیر کدام شرکت و چند سال : آیا سابقه پوشش بیمه نامه مسئولیت مدنی واحدهای صنعتی و ... دارید ؟ بلی خیر کدام شرکت و چند سال : آیا دارای سابقه خسارت می باشید : بلی خیر (در صورت مثبت بودن پرسش زیر را هم تکمیل نمائید) تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت ، نقص عضو یا هزینه پزشکی گردیده است :

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 حادث :
 آیا در محل کارگاه بالابر مورد استفاده قرار می گیرد؟ بلی خیر آیا تمایل به دریافت پوشش بیمه ای برای بالابر دارد؟ بلی خیر
 لطفاً نظر خود را در خصوص خطرات احتمالی که کارکنان را تهدید می نماید بیان نماید :

برق گرفتگی <input type="checkbox"/>	خطر سوختگی و آتش سوزی <input type="checkbox"/>	اصفهان <input type="checkbox"/>	مصدومیت در اثر استفاده از ابزار آلات <input type="checkbox"/>
سایر خطرات <input type="checkbox"/>	گزیدگی حیوانات <input type="checkbox"/>	ساق <input type="checkbox"/>	سقوط از ارتفاع (تا ارتفاع متر) <input type="checkbox"/>

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- 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 حادث ناشی از وسائل نقلیه موتوری

(۲) پوشش جبران هزینه های پزشکی

(۳) الف- پوشش تصریه ۱ ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی(با سرمایه):

<input type="checkbox"/> ریال ۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۴	<input type="checkbox"/> ریال ۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۳	<input type="checkbox"/> ریال ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۲	<input type="checkbox"/> ریال ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱
<input type="checkbox"/> ریال ۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۸	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۷	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۶	<input type="checkbox"/> ریال ۹۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۵
<input type="checkbox"/> ریال ۱,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱۲	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۶۵۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱۱	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۹
<input type="checkbox"/> ریال ۲,۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱۶	<input type="checkbox"/> ریال ۲,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱۵	<input type="checkbox"/> ریال ۲,۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱۴	<input type="checkbox"/> ریال ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱۳
<input type="checkbox"/> ریال ۳,۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۲۰	<input type="checkbox"/> ریال ۳,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱۹	<input type="checkbox"/> ریال ۳,۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱۸	<input type="checkbox"/> ریال ۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱۷
<input type="checkbox"/> ریال ۴,۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۲۴	<input type="checkbox"/> ریال ۴,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۲۳	<input type="checkbox"/> ریال ۴,۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۲۲	<input type="checkbox"/> ریال ۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۲۱
	<input type="checkbox"/> ریال ۶,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۲۷	<input type="checkbox"/> ریال ۵,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۲۶	<input type="checkbox"/> ریال ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۲۵

ب- پوشش بیمه ای تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی در طول مدت بیمه نامه ریال، معادل برابر

(۴) پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث

(۵) پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه : یک بار دوبار سه بار

(۶) الف- پوشش تعدد دیات و دیات غیرمسرى(با سرمایه):

<input type="checkbox"/> ۶/۴ ۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ۶/۳ ۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ۶/۲ ۹۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ۶/۱ ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ۶/۸ ۲,۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ۶/۷ ۲,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ۶/۶ ۲,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ۶/۵ ۱,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ۶/۱۲ ۳,۹۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ۶/۱۱ ۳,۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ۶/۱۰ ۳,۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ۶/۹ ۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ۶/۱۶ ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ۶/۱۵ ۴,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ۶/۱۴ ۴,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ۶/۱۳ ۴,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ۶/۲۰ ۶,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ۶/۱۹ ۶,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ۶/۱۸ ۵,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ۶/۱۷ ۵,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
		<input type="checkbox"/> ۶/۲۲ ۷,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ۶/۲۱ ۶,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰

ب- پوشش بیمه ای تعدد دیات و دیات غیرمسرى در طول مدت بیمه نامه ریال، معادل برابر

(۷) پوشش ماموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان (لطفاً مشخصات افراد مورد نظر را ذکر فرمائید)

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 مامورین بیشتر از حد معمول جدول فوق می باشد طی برگه جداگانه، ضمیمه فرم پیشنهاد گردد.

۹) پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه نامه (قابل ارائه به بیمه نامه های صدرصد بی نام)

۱۰) پوشش غرامت دستمزد روزانه

۱۱) پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناس

اینجانب تعهد می نمایم که به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنچاکه این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرمایان واحدهای صنعتی، تجاری و خدماتی در مقابل کارکنان می باشد ، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع ، بیمه گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه نامه صادره، مسئول جبران خسارت خواهد بود.

نام / مهر و امضاء بیمه گذار:

مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری :

تلفن تماس :

تاریخ تکمیل پیشنهاد :

تاریخ :