



« سهامی عام »

www.BimehAsia.ir

Email: Masouliat@BimehAsia.ir

### پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

### شرکتهای نصب و نگهداری تابلوهای تبلیغاتی

### در قبال اشخاص ثالث

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

• تلفن: ۱۲ و ۶۶۹۷۷۱۱۱  
• فاکس: ۶۶۹۷۷۲۰۶  
• کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

از شرکت بیمه آسیا (سهامی عام) درخواست می‌گردد بیمه‌نامه مسئولیت مدنی شرکتهای نصب و نگهداری تابلوهای تبلیغاتی در قبال اشخاص ثالث را بر اساس  
مندرجات این پیشنهاد به مدت ..... روز از ساعت ۲۴ مورخ ..... تا ساعت ۲۴ مورخ ..... صادر نماید.

مشخصات بیمه گذار

نام بیمه‌گذار: ..... شماره ملی: ..... کد اقتصادی: ..... شماره پرسنلی: .....  
آدرس بیمه‌گذار: ..... کد پستی: .....  
شماره مجوز: ..... شماره تلفن همراه: .....

مشخصات واحد صدور

نام نمایندگی: ..... کد: ..... واحد صدور: .....  
نام کارگزاری: ..... کد: ..... واحد صدور: .....  
بیمه‌نامه تمدیدی است یا خیر؟ (نزد کدام شرکت): ..... شماره بیمه‌نامه سال قبل: .....  
شماره پروانه بهره برداری: .....

مشخصات بیمه‌نامه

محل نصب تابلوها:  سطح شهر  خارج شهر  سطح و خارج شهر  
تعداد کل تابلوهای مورد بیمه: .....

ابعاد تابلو:  یک وجهی  دووجهی  سه وجهی  سایر: .....

نوع تابلو:  ثابت  گردان

نحوه سرویس، نگهداری و بازدید: .....

نوع وسایل ایمنی و حفاظتی: .....

تعداد تابلوهای نصب شده در پنج سال گذشته: .....

آیا تاکنون بیمه‌نامه‌ای برای این فعالیت داشته‌اید:  بلی  خیر شماره بیمه‌نامه مسئولیت: ..... تاریخ انقضاء: .....

نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه: .....

تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت، نقص عضو، هزینه پزشکی گردیده است:

فوت: ..... نفر طی ..... حادثه

نقص عضو: ..... نفر طی ..... حادثه

هزینه پزشکی: ..... نفر طی ..... حادثه

خسارات مالی: ..... ریال طی چند حادثه: ..... مبلغ خسارت: .....

تیمهای 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، صدمه جسمی و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام حداکثر: مبلغ ..... ریال
- ۳- حداکثر تعهد بیمه‌گر برای فوت، صدمه جسمی و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی در طول مدت بیمه‌نامه: مبلغ ..... ریال
- ۴- هزینه پزشکی ناشی از حادثه موضوع این بیمه‌نامه برای هر نفر در هر حادثه: مبلغ ..... ریال
- ۵- حداکثر تعهد بیمه‌گر برای هزینه‌های پزشکی در طول مدت بیمه‌نامه: مبلغ ..... ریال
- ۶- حداکثر تعهد بیمه‌گر برای خسارات مالی در هر حادثه: مبلغ ..... ریال
- ۷- حداکثر تعهد بیمه‌گر برای خسارات مالی طی مدت بیمه‌نامه: مبلغ ..... ریال

مشخصات تابلوها:

ردیف	ابعاد ( طول×عرض )	ارتفاع	جنس	نوع:چرخان/ثابت/سه وجهی	وزن	تعداد	نشانی محل نصب
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							
۱۱							
۱۲							
۱۳							
۱۴							
۱۵							
۱۶							
۱۷							
۱۸							
۱۹							
۲۰							
۲۱							
۲۲							
۲۳							
۲۴							
۲۵							
۲۶							
۲۷							
۲۸							
۲۹							
۳۰							
۳۱							
۳۲							
۳۳							
۳۴							
۳۵							
۳۶							
۳۷							
۳۸							
۳۹							
۴۰							

□ پوشش شماره ۶: پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه

□ پوشش شماره ۱۰: پوشش بیمه ای مزاد بر یک دیه (با سرمایه):

□ ریال ۱.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۰/۴	□ ریال ۱.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۰/۳	□ ریال ۹۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۰/۲	□ ریال ۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۰/۱
□ ریال ۲.۷۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۰/۸	□ ریال ۲.۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۰/۷	□ ریال ۲.۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۰/۶	□ ریال ۱.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۰/۵
□ ریال ۳.۹۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۰/۱۲	□ ریال ۳.۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۰/۱۱	□ ریال ۳.۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۰/۱۰	□ ریال ۳.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۰/۹
□ ریال ۵.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۰/۱۶	□ ریال ۴.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۰/۱۵	□ ریال ۴.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۰/۱۴	□ ریال ۴.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۰/۱۳

□ پوشش شماره ۱۲: پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی دیه (با سرمایه):

□ ریال ۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۲/۴	□ ریال ۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۲/۳	□ ریال ۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۲/۲	□ ریال ۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۲/۱
□ ریال ۱.۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۲/۸	□ ریال ۱.۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۲/۷	□ ریال ۱.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۲/۶	□ ریال ۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۲/۵
		□ ریال ۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۲/۱۰	□ ریال ۱.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰-۱۲/۹

..... سایر پوشش های مورد درخواست:

اینجانب ..... تعهد می نمایم که:

۱. به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی شرکت های نصب و نگهداری تابلوهای تبلیغاتی در قبال اشخاص ثالث 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.
۲. کلیه قوانین مربوط به مبارزه با پولشویی را رعایت نمایم.

تاریخ تکمیل پیشنهاد: مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری: نام / مهر و امضاء بیمه گذار:

تلفن تماس: تاریخ: