



« سهامی عام »

[www.BimehAsia.ir](http://www.BimehAsia.ir)

Email: Masouliat@BimehAsia.ir

### پیشنهاد بیمه مسئولیت حرفه‌ای

### مدیران آرایشگاه در قبال استفاده کنندگان

• تهران، خیابان آیت‌اله 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 حرفه‌ای مدیران آرایشگاه در قبال استفاده کنندگان را بر اساس مندرجات این پیشنهاد به مدت ..... روز از ساعت ۲۴ مورخ ..... تا ساعت ۲۴ مورخ ..... صادر نماید.

مشخصات بیمه‌گذار

نام بیمه‌گذار: ..... شماره ملی: ..... کد اقتصادی: ..... شماره پرسنلی: .....  
آدرس بیمه‌گذار: ..... کد پستی: .....  
نشانی محل مورد بیمه: ..... 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

نام آرایشگاه: ..... تاریخ تاسیس: .....  
نوع آرایشگاه:  زنانه  مردانه  
حداکثر تعداد مشتریان در طول روز: ..... نفر  
آیا تمایل به اخذ پوشش مسئولیت حرفه‌ای دستیاران مرکز را دارید:  بلی  خیر  
آیا تاکنون بیمه‌نامه‌ای برای این فعالیت داشته‌اید:  بلی  خیر  
آیا آرایشگاه دارای پوشش بیمه آتش سوزی می‌باشد؟  بلی  خیر  
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

تجهيزات 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 بیمه نامه: 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 بیمه نامه: مبلغ ..... ریال

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

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

□ ریال ۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۴	□ ریال ۱۲۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۳	□ ریال ۹۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۲	□ ریال ۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۱
□ ریال ۲۷۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۸	□ ریال ۲۴۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۷	□ ریال ۲۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۶	□ ریال ۱۸۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۵
□ ریال ۳۹۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۱۲	□ ریال ۳۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۱۱	□ ریال ۳۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۱۰	□ ریال ۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۹
□ ریال ۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۱۶	□ ریال ۴۸۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۱۵	□ ریال ۴۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۱۴	□ ریال ۴۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۱۳
□ پوشش شماره ۱۲: پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی دیه (با سرمایه):			
□ ریال ۸۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۲/۴	□ ریال ۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۲/۳	□ ریال ۴۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۲/۲	□ ریال ۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۲/۱
□ ریال ۱۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۲/۸	□ ریال ۱۴۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۲/۷	□ ریال ۱۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۲/۶	□ ریال ۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۲/۵
		□ ریال ۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۲/۱۰	□ ریال ۱۸۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - 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 حرفه ای مدیران آرایشگاه در قبال استفاده کنندگان 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: