



« سهامی عام »

www.BimehAsia.ir

Email: Masouliat@BimehAsia.ir

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

مدیران اماکن در قبال مراجعین

• 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 مدیران اماکن در قبال مراجعین را بر اساس مندرجات این پیشنهاد به مدت روز از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ صادر نماید.

مشخصات بیمه گذار

نام بیمه گذار : شماره ملی : کد اقتصادی : شماره پرسنلی :
آدرس بیمه گذار : 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 بیمه نامه

نام مرکز : تاریخ تاسیس :/...../.....
نوع مرکز : نوع فعالیت :
نوع مالکیت : دولتی خصوصی
ساعت کاری : از ساعت لغایت
متراژ کل زیر بنا : مترمربع/هکتار
حداکثر تعداد مراجعین (در روز) : نفر
آیا تمایل به اخذ پوشش راه بند را دارید؟ بلی خیر
آیا تمایل به اخذ پوشش ریزش نمای ساختمان را دارید؟ بلی خیر
آیا تمایل به اخذ پوشش وسایل سرگرمی و بازی کودکان دارید؟ بلی خیر
آیا مرکز دارای پوشش بیمه وسایل سرگرمی و بازی کودکان می‌باشد؟ بلی خیر
آیا تمایل به اخذ پوشش آسانسور دارید؟ بلی خیر
آیا تمایل به اخذ پوشش پله برقی دارید؟ بلی خیر
در صورتی که مرکز مجوز به امکانات (وسایل سرگرمی و بازی کودکان، آسانسور و پله برقی) می‌باشد و جهت آنها پوشش بیمه‌ای خریداری نشده است جدول صفحه دوم فرم پیشنهاد نیز تکمیل گردد.
آیا تاکنون بیمه‌نامه‌ای برای این فعالیت داشته‌اید : بلی خیر
آیا مجموعه 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 یا خسارت مالی گردیده است :
فوت : نفر طی حادثه
نقص عضو : نفر طی حادثه
هزینه پزشکی : نفر طی حادثه
خسارت مالی : ریال
تاریخ انقضاء :
شماره بیمه‌نامه قبلی مسئولیت :
تاریخ انقضاء :

تجهیزات در خواستی

- 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
- ۶ - حداکثر تعهد بیمه‌گر برای خسارات مالی در هر حادثه: مبلغ ریال
- ۷ - حداکثر تعهد بیمه‌گر برای خسارات مالی در طول مدت بیمه نامه: مبلغ ریال

□ پوشش شماره ۴: پوشش خسارت بدون رای دادگاه

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

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

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

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

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

سایر پوشش های مورد درخواست:

مشخصات آسانسور:

ردیف	نوع آسانسور	ظرفیت (نفر)	شماره و نوع موتور	تاریخ نصب و راه اندازی	کاربری ساختمان	نشانی محل نصب
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						

مشخصات پله برقی:

ردیف	عرض پله برقی	ارتفاع پله برقی	سرعت نامی (متر بر ثانیه)	شماره و نوع موتور	تاریخ نصب و راه اندازی	کاربری ساختمان	نشانی محل نصب
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							

مشخصات وسایل سرگرمی و بازی کودکان:

ردیف	نام دستگاه	سال ساخت	تعداد دستگاه	تاریخ نصب و راه اندازی	ظرفیت مجاز	شماره گواهی استاندارد و تاریخ معتبر
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						

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 مدیران اماکن در قبال مراجعین 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: