



« سهامی عام »

www.BimehAsia.ir

Email: Masouliat@BimehAsia.ir

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

شرکت‌های نصب و نگهداری دکل‌های مخابراتی

در قبال اشخاص ثالث

• تهران، خیابان آیت‌اله طالقانی، حدفاصل خیابان
ولیمصر و خیابان حافظ، ساختمان شماره ۴۰۴

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

از شرکت بیمه آسیا (سهامی عام) درخواست می‌گردد بیمه نامه مسئولیت مدنی شرکت‌های نصب و نگهداری دکل‌های مخابراتی 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 کامل بیمه گذار: شماره اقتصادی: شماره ملی:
تاریخ تولد/تأسیس: روز ماه سال کد پستی: شماره تلفن / دورنگار:
شماره تلفن همراه: پست الکترونیک:

مشخصات واحد صدور

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

مشخصات فعالیت

نام شرکت: سال تأسیس:
نشانی شرکت: شماره تلفن: کد پستی:
ارتفاع دکل مورد بیمه: تعداد: نشانی محل نصب دکل‌ها:
ارتفاع دکل مورد بیمه: تعداد: نشانی محل نصب دکل‌ها:
ارتفاع دکل مورد بیمه: تعداد: نشانی محل نصب دکل‌ها:
ارتفاع دکل مورد بیمه: تعداد: نشانی محل نصب دکل‌ها:
ارتفاع دکل مورد بیمه: تعداد: نشانی محل نصب دکل‌ها:
نحوه سرویس دهی و نگهداری و بازدید:
نوع وسایل ایمنی و حفاظتی:
نوع خطرات احتمالی ناشی از بیمه‌نامه:
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
هزینه مالی: ریال

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

۶) پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه □

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

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

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

<input type="checkbox"/> ریال ۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ -۱۲/۴	<input type="checkbox"/> ریال ۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ -۱۲/۳	<input type="checkbox"/> ریال ۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ -۱۲/۲	<input type="checkbox"/> ریال ۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ -۱۲/۱
<input type="checkbox"/> ریال ۱.۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ -۱۲/۸	<input type="checkbox"/> ریال ۱.۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ -۱۲/۷	<input type="checkbox"/> ریال ۱.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ -۱۲/۶	<input type="checkbox"/> ریال ۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ -۱۲/۵
		<input type="checkbox"/> ریال ۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ -۱۲/۱۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ -۱۲/۹

سایر پوشش های مورد درخواست:

اینجانب تعهد می نمایم که:

- 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 دکل های مخابراتی 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.
- کلیه قوانین مربوط به مبارزه پولشویی را رعایت نمایم.

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

تلفن تماس: تاریخ: