



بیمه آسیا

« سهامی عام »

www.BimehAsia.ir

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

کارفرمایان واحدهای صنعتی ، تولیدی و خدماتی در مقابل کارکنان

• تهران ، خیابان آیت اله طالقانی ، بین خیابان استاد نجات

الهی و سپهد قرنیه شماره ۳۱۰

• تلفن : ۸۷۰۷

• کد اقتصادی : ۴۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

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.

مشخصات بیمه گذار

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

مشخصات واحد صدور

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

مشخصات کار و نیروی کار

تاریخ تأسیس کارگاه ، کارخانه و یا شرکت : آیا بیمه گذار (حقیقی) دارای جواز کسب می باشد ؟ بلی خیر
شرح مختصری از نوع فعالیت :

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

نوع وسایل ایمنی مورد استفاده در محل کار :

نوع فعالیت : دائمی فصلی حداکثر نیروی کار : نفر تعداد شیفت کاری :

حداکثر افراد شاغل در شیفت اول حداکثر نفر شیفت دوم حداکثر نفر شیفت سوم حداکثر نفر

با توجه به حداکثر تعداد نیروی کار ذکر شده فوق تعداد افراد شاغل را به تفکیک مشاغل (مانند نمونه مشاغل ذیل) مشخص فرمایید:

کارکنان اداری: نفر ، تعداد شیفت کاری نگاهبان(صرفاً جهت ثبت ورود و خروج پرسنل): نفر، تعداد شیفت کاری

..... نفر، تعداد شیفت کاری

..... نفر، تعداد شیفت کاری

..... نفر، تعداد شیفت 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 ؟

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 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 :

فوت : نفر طی حادثه نقص عضو : نفر طی حادثه هزینه پزشکی : نفر طی حادثه

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 حوادث:

آیا در محل کارگاه بالا بر مورد استفاده قرار می گیرد؟ بلی خیر آیا تمایل به دریافت پوشش بیمه ای برای بالا بر دارید؟ بلی خیر

لطفاً نظر خود را در خصوص خطرات احتمالی که کارکنان را تهدید می نماید بیان نمایید:

انفجار مصدومیت در اثر استفاده از ابزار آلات خطر سوختگی و آتش سوزی برق گرفتگی

سقوط اجسام سقوط از ارتفاع (تا ارتفاع متر) گزیدگی حیوانات سایر خطرات

۱- غرامت فوت، صدمه جسمی و نقض عضو دائم اعم از کلی و جزئی برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی حداکثر: مبلغ ریال

۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های 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 نقض 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 حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری

۲) پوشش جبران هزینه های پزشکی

۳) الف- پوشش تبصره 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 دو بار سه بار

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

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

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

۷) پوشش مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان

۹) پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه نامه (قابل ارائه به بیمه نامه های صد درصد 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 آنجاکه 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.

مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری: نام / مهر و امضاء بیمه گذار:

تلفن تماس:

تاریخ تکمیل پیشنهاد:

تاریخ: