



« سهامی عام »

www.BimehAsia.ir

Email: Masouliat@BimehAsia.ir

## پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

### مدیران خوابگاه در قبال استفاده کنندگان

• 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 خوابگاه در قبال استفاده کنندگان 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 خوابگاه: ..... تاریخ تاسیس: ...../...../.....  
نوع مالکیت:  دولتی  خصوصی  
ظرفیت خوابگاه: ..... نفر نوع خوابگاه:  خانمها  آقایان  
مشخصات ساختمان: متراژ کل خوابگاه ..... مترمربع نمای ساختمان: ..... تعداد طبقات: ..... تعداد اتاق: .....  
تعداد نگهبانان: ..... نفر تعداد کارکنان: ..... نفر تعداد پرسنل خدماتی: ..... نفر  
آیا تمایل به اخذ پوشش برگزاری اردوهای یک روزه را دارید: (مربوط به خوابگاه دانشجویی)  بلی  خیر  
آیا تمایل به اخذ پوشش آسانسور را دارید:  بلی  خیر  
آیا تمایل به اخذ پوشش سالن ورزشی را دارید:  بلی  خیر  
آیا تمایل به اخذ پوشش بوفه را دارید:  بلی  خیر  
آیا تمایل به اخذ پوشش مربیان و کارکنان مرکز را دارید:  بلی  خیر  
آیا تمایل به اخذ پوشش کارفرما در قبال کارکنان را دارید:  بلی  خیر  
آیا تاکنون بیمه‌نامه‌ای برای این فعالیت داشته‌اید:  بلی  خیر شماره بیمه‌نامه مسئولیت: ..... تاریخ انقضاء: .....  
آیا خوابگاه دارای پوشش بیمه آتش سوزی می‌باشد؟  بلی  خیر شماره بیمه‌نامه آتش سوزی: ..... 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

تعمیرات در نحو آسی

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 ۲: پوشش مسئولیت بیمه گذار در مقابل فوت و صدمات جسمانی وارد بر اشخاص ثالث  
 □ 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 مدیران خوابگاه 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: