



« سهامی عام »

www.BimehAsia.ir

Email: Masouliat@BimehAsia.ir

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

نصابان کیت گازسوز خودرو در قبال اشخاص ثالث

تهران، خیابان آیت اله 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 می گردد بیمه نامه مسئولیت مدنی نصابان کیت گازسوز خودرو 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 تست و نصب کیت گازسوز : سال تأسیس :
نشانی شرکت : شماره تلفن: کد پستی :
نوع مالکیت : دولتی خصوصی به صورت اجاره ای
تعداد کارکنان تست و نصاب : ساعات کار در روز :
تعداد کارکنان تست شده و نصب شده طی دو سال گذشته:
حداکثر تعداد کیت طی مدت این بیمه نامه:
آیا طی سال گذشته بیمه نامه ای مسئولیت برای این فعالیت داشته اید؟ بلی خیر
آیا دارای سابقه خسارت می باشید: (در صورت مثبت بودن پرسش زیر را هم تکمیل نمایید) بلی خیر
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

این بیمه نامه برای کیت هایی می باشد که شرکت تولیدکننده آن دارای گواهی استاندارد است .

تیمبات در خواستی

۱. غرامت فوت، صدمه جسمی و نقص 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. حداکثر تعهد بیمه گر برای فوت، صدمه جسمی و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی طی مدت بیمه نامه در ماه های عادی : مبلغ ریال
۴. حداکثر تعهد بیمه گر برای فوت، صدمه جسمی و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی طی مدت بیمه نامه در ماه های حرام : مبلغ ریال
۵. هزینه های پزشکی ناشی از حوادث موضوع این بیمه نامه برای هر نفر در هر حادثه حداکثر : مبلغ ریال
۶. حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه های پزشکی طی مدت بیمه نامه : مبلغ ریال
۷. حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه های مالی در هر حادثه : مبلغ ریال
۸. حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه های مالی در طی مدت بیمه نامه : 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 ۱۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰ -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 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:

۱. به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی نصابان کیت گاز سوز خودرو 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.

۲. 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: