



« سهامی عام »

www.BimehAsia.ir

Email: Masouliat@BimehAsia.ir

### پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

کارفرمایان واحدهای صنعتی، تولیدی و خدماتی در مقابل کارکنان

تهران، خیابان آیت اله طالقانی، حدفاصل خیابان  
ولیعصر و خیابان حافظ، ساختمان شماره ۴۰۴  
تلفن: ۱۳ و ۶۶۴۰۹۹۱۲  
فاکس: ۶۶۹۷۷۲۰۶  
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 دفتر مرکزی: .....  
نشانی محل کار موضوع بیمه: .....  
سابقه کار بیمه گذار: ..... نشانی الکترونیکی: ..... تلفن / دورنگار: .....  
شماره تلفن همراه: .....

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: .....

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:  فصلی  دائمی  
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 ..... نهبان(صرفاً جهت ثبت ورود و خروج پرسنل): ..... نفر، تعداد ..... شیفت کاری .....  
خدماتی: ..... نفر، تعداد ..... شیفت کاری ..... انباردار(امور دفتری): ..... 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 الزامیست.

آیا کارگران تحت پوشش بیمه سازمان تأمین اجتماعی و یا ... می باشند.  بلی  خیر  چه تعداد تحت پوشش بیمه می باشند؟ ..... نفر  
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 نمایید)  
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 : .....

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 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- 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 نقص 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

الف- پوشش بیمه ای مطالبات سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و ... برای هر نفر در هر حادثه (با سرمایه) :

<input type="checkbox"/> ریال ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱	<input type="checkbox"/> ریال ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۲	<input type="checkbox"/> ریال ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۳	<input type="checkbox"/> ریال ۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۴
<input type="checkbox"/> ریال ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۵	<input type="checkbox"/> ریال ۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۶	<input type="checkbox"/> ریال ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۷	<input type="checkbox"/> ریال ۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۸
<input type="checkbox"/> ریال ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۹	<input type="checkbox"/> ریال ۵۵۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱۰	<input type="checkbox"/> ریال ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱۱	<input type="checkbox"/> ریال ۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱۲
<input type="checkbox"/> ریال ۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱۳	<input type="checkbox"/> ریال ۹۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱۴	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱۵	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱۶
<input type="checkbox"/> ریال ۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱۷	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱۸	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۱۹	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۶۵۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۲۰
<input type="checkbox"/> ریال ۱,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۲۱	<input type="checkbox"/> ریال ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۲۲	<input type="checkbox"/> ریال ۲,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۲۳	<input type="checkbox"/> ریال ۲,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۲۴
<input type="checkbox"/> ریال ۲,۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۲۵	<input type="checkbox"/> ریال ۲,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۲۶	<input type="checkbox"/> ریال ۲,۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۲۷	<input type="checkbox"/> ریال ۲,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۲۸
<input type="checkbox"/> ریال ۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ -۱/۲۹			

ب- پوشش بیمه ای مطالبات سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و ... در طول مدت بیمه نامه ..... ریال، معادل ..... برابر

۲) پوشش مسئولیت بیمه گذار در مقابل فوت و صدمات جسمانی وارد به اشخاص ثالث

۳) پوشش بیمه ای برای شخص بیمه گذار (با سرمایه):

هزینه پزشکی		نقص عضو	
<input type="checkbox"/> ریال ۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۲۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۱۶۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۳۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۱۷۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۴۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۱۸۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۵۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۱۹۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۶۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۹۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۷۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۲۲۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۸۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۲,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۲۴۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۹۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۲,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۹۰۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۲۶۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۲,۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۲۸۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۱۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۲,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
	<input type="checkbox"/> ریال ۱۳۰,۰۰۰,۰۰۰		<input type="checkbox"/> ریال ۱,۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰

۴) پوشش پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه

۵) پوشش بیمه ای برای مسئولیت مهندسین ناظر و مهندسین مشاور

۶) پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه

۷) پوشش حوادث ناشی از کار در اماکن وابسته خارج کارگاه (لطفاً نام و آدرس اماکن مورد نظر را ذکر نمایید) .....

۸ پوشش بیمه ای برای مأموریت های خارج از کارگاه تا سقف ۲۰٪، ۴۰٪، ۶۰٪، ۸۰٪ و ۱۰۰٪ ( لطفاً مشخصات افراد مورد نظر را ذکر نمائید )

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی
۳			
۴			

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی
۱			
۲			

• خواهشمند است در صورتیکه نام مأمورین بیشتر از حد معمول جدول فوق می باشد طی برگه ای جداگانه ، ضمیمه فرم پیشنهاد گردد.

۹ پوشش بیمه ای برای حوادث ناشی از تصادم وسائط نقلیه موتوری زمینی □

۱۰ نظر به اینکه پوشش مازاد بر یک دیه در دو قسمت پوشش اضافی بدون سرمایه و با سرمایه تعبیه شده است ، لذا واحدهای صدور موظفند یکی از دو حالت مورد اشاره (الف: بدون سرمایه) یا (ب: با سرمایه) را در بیمه نامه انتخاب نمایند و مسئولیت هرگونه اشتباه در انتخاب همزمان پوشش ها بعهدده واحدهای صدور خواهد بود.

الف: پوشش بیمه ای دیه ..... , مازاد بر تعهدات غرامت نقص عضو مندرج در بیمه نامه (بدون سرمایه) : دیه دوم □ دیه سوم □ دیه چهارم □  
ب: پوشش بیمه ای مازاد بر یک دیه برای هر نفر در هر حادثه (با سرمایه) :

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

ج: پوشش بیمه ای مازاد بر یک دیه در طول مدت بیمه نامه ..... ریال، معادل ..... برابر

۱۱ پوشش بیمه ای برای مسئولیت پیمانکاران فرعی □

۱۲ الف - پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی دیه برای هر نفر در هر حادثه (با سرمایه) :

۱۲/۱ - ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال □	۱۲/۲ - ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال □	۱۲/۳ - ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال □	۱۲/۴ - ۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال □
۱۲/۵ - ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال □	۱۲/۶ - ۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال □	۱۲/۷ - ۱,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال □	۱۲/۸ - ۱,۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال □
۱۲/۹ - ۱,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال □	۱۲/۱۰ - ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال □	۱۲/۱۱ - ۲,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال □	۱۲/۱۲ - ۲,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال □
۱۲/۱۳ - ۲,۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال □	۱۲/۱۴ - ۲,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال □	۱۲/۱۵ - ۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال □	

ب: پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه در طول مدت بیمه نامه ..... ریال، معادل ..... برابر

۱۳ پوشش بیمه ای پرداخت حقوق یا دستمزد روزانه کارکنان □

۱۴ پوشش بیمه ای عدم اعمال قاعده نسبی حق بیمه مربوط به افزایش تعداد کارکنان □

۱۵ پوشش مسئولیت ناشی از قصور ، اشتباه یا اهمال غیر عمدی کارکنان بیمه گذار در قبال سایر کارکنان بیمه گذار □

۱۶ پوشش بیمه ای حوادث غیر مرتبط با کار کارکنان بیمه گذار □

۱۷ پوشش بیمه ای کارکنان بیمه گذار حین ایاب و ذهاب از منزل به محل مورد بیمه شده و بالعکس □

۱۸ پوشش طلائی □

۲۰ پوشش بیمه ای جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال فرانشیز □

۲۱ پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار در مقابل فوت و صدمات جسمانی وارد به مهندسین مجری ، مشاور ، ناظر ، پیمانکاران اصلی و فرعی طرف قرارداد با

بیمه گذار در داخل محدوده مکانی مورد فعالیت □

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 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.

نام / مهر و امضاء بیمه گذار:

مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری :

تلفن تماس :

تاریخ تکمیل پیشنهاد :

تاریخ :