

تهران، خیابان آیت اله طالقانی، بین خیابان استاد نجات
الهی و سپهد قرنی شماره ۳۱۰



بیمه آسیا

«سهامی عام»

www.BimehAsia.ir

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

کارفرمایان واحدهای صنعتی، تولیدی و خدماتی در مقابل کارکنان

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.

نام کامل بیمه گذار: شماره ملی: تاریخ تولد: / / شماره اقتصادی:
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 بیمه گذار

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 واحد صادر

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 ☐
آیا علاوه بر مسئولیت بیمه گذار، مسئولیت عوامل اجرایی نیز مورد درخواست می باشد: بلی ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ مثبت:
(۱) لطفاً نام و مشخصات عوامل اجرایی قید گردد:

(۲) تعداد کارکنان عوامل اجرایی در تعداد کارکنان بیمه گذار لحاظ گردد
حداکثر نیروی کار: نفر تعداد شیفت کاری: شیفت
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 نگهبان (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؟ 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:

مشخصات کار و نیروی کار

آیا در محل کارگاه بالا بر مورد استفاده قرار می گیرید؟ ☐ خیر ☐ آری
 آیا تمایل به دریافت پوشش بیمه ای برای بالا بر دارید؟ ☐ خیر ☐ بلی
 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 و صدمات جسمانی 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 و صدمات جسمانی 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) :

۱-۱/۱ ریال ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱-۱/۲ ریال ۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱-۱/۳ ریال ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱-۱/۴ ریال ۲,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱-۱/۵ ریال ۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱-۱/۶ ریال ۳,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱-۱/۷ ریال ۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱-۱/۸ ریال ۴,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱-۱/۹ ریال ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱-۱/۱۰ ریال ۵,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱-۱/۱۱ ریال ۶,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱-۱/۱۲ ریال ۷,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱-۱/۱۳ ریال ۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱-۱/۱۴ ریال ۹,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱-۱/۱۵ ریال ۱۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱-۱/۱۵ ریال ۱۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱-۱/۱۶ ریال ۱۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱-۱/۱۷ ریال ۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱-۱/۱۸ ریال ۲۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱-۱/۱۹ ریال ۳۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰

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 ☐ دوبار ☐ سه بار

۶) پوشش تعدد دیات و دیات غیرمصری ☐

۷) پوشش مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان ☐ (لطفاً مشخصات افراد مورد نظر را ذکر فرمائید)

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی
۱			
۲			
ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی
۳			
۴			

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

۹) پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه نامه ☐

۱۰) پوشش غرامت دستمزد روزانه ☐ ریال

۱۱) پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی ☐ ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال ☐ ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال ☐ ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

۱۲) پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال کارکنان عوامل اجرایی ☐ (غیرقابل ارائه به بیمه نامه های صد درصد بانام)

۱۳) پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال شخص عوامل اجرایی ☐

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.

نام / مهر و امضاء بیمه گذار:

مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری:

تلفن تماس:

تاریخ تکمیل پیشنهاد:

تاریخ: