



« سهامی عام »

www.BimehAsia.ir

Email: Masouliat@BimehAsia.ir

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

مدیران مراکز نمایش، سینما و تئاتر

و برگزارکنندگان نمایشگاه فصلی و دائمی 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 می‌گردد بیمه‌نامه مسئولیت مدنی مدیران مراکز نمایش، سینما و تئاتر برگزارکنندگان نمایشگاه فصلی و دائمی در قبال اشخاص ثالث را با توجه به اطلاعات مورد درخواست مندرج در این پیشنهاد برای بیمه‌گذار با مشخصات زیر به مدت ..... روز از ساعت ۲۴ مورخ ...../...../..... تا ساعت ۲۴ مورخ ...../...../..... صادر نماید.

مشخصات بیمه‌گذار

نام کامل بیمه‌گذار : ..... شماره ملی : ..... کد پستی : .....  
نشانی بیمه‌گذار: ..... کد اقتصادی: ..... شماره مجوز: .....  
سابقه کار: ..... شماره تلفن / دورنگار : ..... شماره تلفن همراه : .....  
پست الکترونیک : ..... نام و نشانی محل مورد بیمه: ..... کد پستی محل مورد بیمه: .....

مشخصات

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 سینما، تئاتر، مرکز نمایش، سالن همایش و نمایشگاه

۱) نوع مرکز مورد بیمه: سینما  تئاتر  مراکز نمایش  نمایشگاه  سایر: ..... تاریخ تاسیس : ...../...../.....  
۲) نوع مالکیت: خصوصی  دولتی   
۳) چنانچه مورد بیمه سینما می‌باشد نوع آن را مشخص نمایید: معمولی  چند بعدی   
۴) چنانچه مورد بیمه سینما، تئاتر و مرکز نمایش می‌باشد موارد زیر را تکمیل نمایید:  
مسقف  روباز   
تعداد طبقات: ..... تعداد سالن‌ها: ..... ظرفیت کل سالن‌ها: ..... روزهای کاری مرکز: .....روز  
ساعت کار مرکز: از ساعت ..... لغایت ..... تعداد نوبت نمایش طی هر شبانه‌روز: .....نوبت ..... مدت زمان هر نوبت: ..... ساعت ..... تعداد کارکنان مرکز: ..... نفر  
خدمات جانبی که در مرکز عرضه می‌شود: رستوران  تریا  بوفه   
آیا تمایل به اخذ پوشش مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان را دارید؟ بله  خیر   
۵) چنانچه موضوع مورد بیمه نمایشگاه می‌باشد موارد زیر را تکمیل نمایید:  
مسقف  روباز   
موضوع فعالیت : ..... مدت برگزاری نمایشگاه : ..... روز ..... ساعات کاری : از ساعت ..... لغایت .....  
تعداد غرفه‌ها: ..... تعداد غرفه داران : ..... حداکثر تعداد مراجعین روزانه : .....  
آیا تمایل به اخذ پوشش مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان را دارید؟ بله  خیر   
آیا تمایل به اخذ پوشش مسئولیت غرفه داران را دارید؟ بله  خیر   
۶) آیا تاکنون بیمه‌نامه‌ای برای این فعالیت داشته‌اید: بله  خیر  نام بیمه‌گر: ..... شماره بیمه‌نامه: .....  
نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه‌نامه : .....  
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

- ۱ - غرامت فوت، صدمه جسمی و نقص عضو دائم 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 بیمه گر 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 بیمه نامه برای هر نفر در هر حادثه: مبلغ .....ریال
- ۵ - حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه های پزشکی در طول 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 ۱۰/۱ - ۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۰/۲ - ۹۰۰.۰۰۰.۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۰/۳ - ۱.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۰/۴ - ۱.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۱۰/۵ - ۱.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۰/۶ - ۲.۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۰/۷ - ۲.۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۰/۸ - ۲.۷۰۰.۰۰۰.۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۱۰/۹ - ۳.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۰/۱۰ - ۳.۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۰/۱۱ - ۳.۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۰/۱۲ - ۳.۹۰۰.۰۰۰.۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۱۰/۱۳ - ۴.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۰/۱۴ - ۴.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۰/۱۵ - ۴.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۰/۱۶ - ۵.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰
۱۲) پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی دیه (با سرمایه):			
<input type="checkbox"/> ریال ۱۲/۱ - ۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۲/۲ - ۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۲/۳ - ۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۲/۴ - ۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۱۲/۵ - ۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۲/۶ - ۱.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۲/۷ - ۱.۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۲/۸ - ۱.۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۱۲/۹ - ۱.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۲/۱۰ - ۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰		

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 مراکز نمایش، سینما و تئاتر و برگزارکنندگان نمایشگاه فصلی و دائمی 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.

مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری:

تلفن تماس:

تاریخ تکمیل پیشنهاد: ...../...../.....

نام / مهر و امضاء بیمه گذار: