



بیمه آسیا
« سهامی عام »

www.BimehAsia.ir

Email: Masouliat@BimehAsia.ir

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

مدیران مراکز توانبخشی، ترک اعتیاد و آسایشگاه سالمندان

در قبال مددجویان

• 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 بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران مراکز توانبخشی، ترک اعتیاد و آسایشگاه سالمندان در قبال مددجویان را بر اساس مندرجات این پیشنهاد به مدت روز از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ صادر نماید.

مشخصات بیمه گذار گذار

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

مشخصات واحد صدور دستور

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 محل مورد بیمه

نوع مرکز نگهداری: مرکز توانبخشی ترک اعتیاد آسایشگاه سالمندان

تاریخ تاسیس:/...../..... نوع مالکیت: خصوصی دولتی ظرفیت: نفر تعداد طبقات:

تعداد پزشکان مستقر در مرکز: نفر تعداد پرستاران: نفر تعداد مربیان و کارکنان: نفر

در صورتی که موضوع فعالیت بیمه گذار مرکز توانبخشی می‌باشد، ترکیب سنی آنها مشخص گردد: زیر ۱۲ سال نفر بالای ۱۲ سال نفر

در صورتی که موضوع فعالیت بیمه گذار مرکز توانبخشی می‌باشد، نوع معلولیت مددجویان مشخص گردد: معلول ذهنی معلول جسمی

سایر:

در صورتی که موضوع فعالیت بیمه گذار مرکز ترک اعتیاد می‌باشد، روش درمان مشخص گردد:

بستری در کمپ ترک اعتیاد مداوای سرپایی استفاده از دارو درمان غیردارویی

سایر:

در صورتی که موضوع فعالیت بیمه گذار آسایشگاه سالمندان می‌باشد، ترکیب آنها مشخص گردد: سالمندان مستقل نفر سالمندان نیمه مستقل نفر سالمندان وابسته نفر

ساعت کار مرکز: روزانه شبانه‌روزی

آیا تمایل به اخذ پوشش مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان را دارید؟ بلی خیر

آیا تمایل به اخذ پوشش مسئولیت حرفه‌ای مربیان و کارکنان مرکز را دارید؟ بلی خیر

آیا تمایل به اخذ پوشش برگزاری اردوهای یک روزه را دارید؟ بلی خیر

آیا تاکنون بیمه‌نامه‌ای برای این فعالیت داشته‌اید؟ بلی خیر نام بیمه‌گر: شماره بیمه‌نامه:

نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه‌نامه:

تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به خسارات فوت، نقص عضو، هزینه پزشکی گردیده است:

فوت: نفر طی حادثه نقص عضو: نفر طی حادثه هزینه پزشکی:

..... نفر طی حادثه

- ۱- غرامت فوت و صدمات جسمی 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

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

پوشش شماره ۶: پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه

پوشش شماره ۱۰: پوشش بیمه ای مازاد بر یک دیه (با سرمایه):

<input type="checkbox"/> ۱۰/۴ - ۱.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	<input type="checkbox"/> ۱۰/۳ - ۱.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	<input type="checkbox"/> ۱۰/۲ - ۹۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	<input type="checkbox"/> ۱۰/۱ - ۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال
<input type="checkbox"/> ۱۰/۸ - ۲.۷۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	<input type="checkbox"/> ۱۰/۷ - ۲.۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	<input type="checkbox"/> ۱۰/۶ - ۲.۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	<input type="checkbox"/> ۱۰/۵ - ۱.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال
<input type="checkbox"/> ۱۰/۱۲ - ۳.۹۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	<input type="checkbox"/> ۱۰/۱۱ - ۳.۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	<input type="checkbox"/> ۱۰/۱۰ - ۳.۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	<input type="checkbox"/> ۱۰/۹ - ۳.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال
<input type="checkbox"/> ۱۰/۱۶ - ۵.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	<input type="checkbox"/> ۱۰/۱۵ - ۴.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	<input type="checkbox"/> ۱۰/۱۴ - ۴.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	<input type="checkbox"/> ۱۰/۱۳ - ۴.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال

پوشش شماره ۱۲: پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی دیه (با سرمایه):

<input type="checkbox"/> ۱۲/۴ - ۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	<input type="checkbox"/> ۱۲/۳ - ۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	<input type="checkbox"/> ۱۲/۲ - ۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	<input type="checkbox"/> ۱۲/۱ - ۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال
<input type="checkbox"/> ۱۲/۸ - ۱.۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	<input type="checkbox"/> ۱۲/۷ - ۱.۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	<input type="checkbox"/> ۱۲/۶ - ۱.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	<input type="checkbox"/> ۱۲/۵ - ۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال
		<input type="checkbox"/> ۱۲/۱۰ - ۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	<input type="checkbox"/> ۱۲/۹ - ۱.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال

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 توانبخشی، ترک اعتیاد و آسایشگاه سالمندان در قبال مددجویان 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: