

• تهران، خیابان آیت اله طالقانی، حدفاصل خیابان  
ولیعصر و خیابان حافظ، ساختمان شماره ۴۰۴  
• تلفن: ۱۳ و ۶۶۴۰۹۹۱۲  
• فاکس: ۶۶۹۷۷۲۰۶  
• کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

## پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

کارفرمایان واحدهای صنعتی، تولیدی و خدماتی در مقابل کارکنان



بیمه آسیا

«سهامی عام»

www.BimehAsia.ir

Email: Masouliat@BimehAsia.ir

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 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: .....

مشخصات بیمه گذار

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 واحد صدور

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: دائمی  فصلی  حداکثر نیروی کار: ..... نفر ..... تعداد شیفت کاری: .....  
حداکثر افراد شاغل در شیفت اول حداکثر ..... نفر ..... شیفت دوم حداکثر ..... نفر ..... شیفت سوم حداکثر ..... نفر  
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: .....

مشخصات کار و نیروی کار

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

تعهدات درخواستی

- ۱) پوشش بیمه‌ای مطالبات سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و ... (با سرمایه):
- ۱/۱ - ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
  - ۱/۲ - ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
  - ۱/۳ - ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
  - ۱/۴ - ۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
  - ۱/۵ - ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
  - ۱/۶ - ۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
  - ۱/۷ - ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
  - ۱/۸ - ۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
  - ۱/۹ - ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
  - ۱/۱۰ - ۵۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
  - ۱/۱۱ - ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
  - ۱/۱۲ - ۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
  - ۱/۱۳ - ۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
  - ۱/۱۴ - ۹۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
  - ۱/۱۵ - ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
  - ۱/۱۶ - ۱,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
  - ۱/۱۷ - ۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
  - ۱/۱۸ - ۱,۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
  - ۱/۱۹ - ۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
  - ۱/۲۰ - ۱,۶۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
  - ۱/۲۱ - ۱,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
  - ۱/۲۲ - ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
- ۲) پوشش مسئولیت بیمه گذار در مقابل فوت و صدمات جسمانی وارد به اشخاص ثالث
- ۳) پوشش بیمه‌ای برای شخص بیمه‌گذار (با سرمایه):

- ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
- ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
- ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
- ۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
- ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
- ۶۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
- ۷۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
- ۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
- ۹۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
- ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
- ۱۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
- ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

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

- ۴) پوشش پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه
- ۵) پوشش بیمه‌ای برای مسئولیت مهندسین ناظر و مهندسین مشاور
- ۶) پوشش جبران هزینه‌های 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 بیمه‌ای برای مأموریت‌های خارج از کارگاه تا سقف ۲۰٪، ۴۰٪، ۶۰٪، ۸۰٪ و ۱۰۰٪ (لطفاً مشخصات افراد مورد نظر را ذکر نمایید)

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

● خواهشمند است در صورتیکه نام مأمورین بیشتر از حد معمول جدول فوق می‌باشد طی برگه‌ای جداگانه، ضمیمه فرم پیشنهاد گردد.

- ۹) پوشش بیمه‌ای 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 بیمه‌نامه انتخاب نمایند و مسئولیت هرگونه اشتباه در انتخاب همزمان پوشش‌ها بعهدده واحدهای صدور خواهد بود.
- الف: پوشش بیمه‌ای دیه ..... ، مازاد بر تعهدات غرامت نقص عضو مندرج در بیمه نامه (بدون سرمایه):
- ب: پوشش بیمه‌ای مازاد بر یک دیه (با سرمایه):

- دیه سوم
- دیه چهارم
- 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

- ۱۱) پوشش بیمه‌ای برای مسئولیت پیمانکاران فرعی
- ۱۲) پوشش بیمه‌ای افزایش ارزش ریالی دیه (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

- ۱۳) پوشش بیمه‌ای پرداخت حقوق یا دستمزد روزانه کارکنان
- ۱۴) پوشش بیمه‌ای عدم اعمال قاعده نسبی حق بیمه مربوط به افزایش تعداد کارکنان
- ۱۵) پوشش مسئولیت ناشی از قصور، اشتباه یا اهمال غیرعمدی کارکنان بیمه‌گذار در قبال سایر کارکنان بیمه گذار
- ۱۶) پوشش بیمه‌ای حوادث غیر مرتبط با کار کارکنان بیمه گذار
- ۱۷) پوشش بیمه‌ای کارکنان بیمه گذار حین ایاب و ذهاب از منزل به محل مورد بیمه شده و بالعکس
- ۱۸) پوشش طلائی
- ۱۹) پوشش بیمه‌ای حوادث غیر مرتبط با کار کارکنان بیمه گذار
- ۲۰) پوشش بیمه‌ای جبران هزینه‌های پزشکی بدون اعمال فرانشیز
- ۲۱) پوشش بیمه‌ای 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:

۱. 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، تولیدی 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.
۲. کلیه قوانین مربوط به مبارزه پولشویی را رعایت نمایم.

نام / مهر و امضاء بیمه گذار: \_\_\_\_\_ مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری: \_\_\_\_\_