

• 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 سازندگان ابنیه در مقابل کارکنان ساختمانی



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 بیمه گذار: ..... تلفن / دورنگار: ..... شماره ملی: .....

سابقه کار بیمه گذار: ..... نام مالک: ..... نام صاحب پروانه: .....

نام کامل شرکاء: ..... کد اقتصادی: .....

آدرس بیمه گذار: ..... کد پستی: .....

نشانی محل احداث بنا: ..... کد پستی: .....

نام کامل مجری طرح (پیمانکار اصلی): ..... نشانی الکترونیکی: .....

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

شماره پروانه ساخت: ..... تاریخ صدور: ..... کل مترژ در پروانه ساخت: .....

تعداد طبقات جمعاً با احتساب همکف ..... طبقه به اضافه ..... طبقه زیر زمین ..... تعداد بلوک در حال ساخت: .....

نوع اسکلت:  فلزی  بتنی  درصد پیشرفت کار: .....

موضوع پروژه ساختمانی:

احداث بنا  نصب اسکلت به تنهایی  سفت کاری  احداث سوله

تخریب و احداث بنا  اجرای نمای ساختمان  نازک کاری  بازسازی و تعمیرات: اساسی  جزئی

تخریب بنای قدیمی به تنهایی  احداث کارخانه

سایر موارد: .....

مشخصات بنا

آیا تمایل به پوشش حفرچاه در ساختمان در دست ساخت دارید؟  خیر  بلی

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

آیا تمایل به ارائه لیست کارکنان دارید؟  خیر  بلی (در صورت پاسخ مثبت، ارائه لیست اسامی کارکنان در زمان صدور بیمه نامه الزامیست)

آیا سابقه پوشش بیمه نامه مسئولیت مدنی سازندگان ابنیه و ... دارید؟  خیر  بلی کدام شرکت و چند سال: .....

آیا دارای سابقه خسارت می باشید؟  خیر  بلی (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؟  خیر  بلی نام شرکت: .....

تاریخ شروع: ..... تاریخ پایان: ..... سرمایه مورد تعهد بیمه نامه عمر و حادثه: .....

تعمیرات درخواستی

- 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

۱) پوشش بیمه‌ای مطالبات سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و ... (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		

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

۳) پوشش بیمه‌ای برای شخص بیمه‌گذار (با سرمایه):

هزینه پزشکی

<input type="checkbox"/> ریال ۱۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۷۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۳۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۲۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۸۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۳۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۹۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۴۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۶۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۵۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۱۰,۰۰۰,۰۰۰	
<input type="checkbox"/> ریال ۶۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	

نقص عضو

<input type="checkbox"/> ریال ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۹۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰
<input type="checkbox"/> ریال ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	
<input type="checkbox"/> ریال ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	

۴) پوشش پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه

۵) پوشش بیمه‌ای برای مسئولیت مهندسین ناظر و مشاور و مجری

۶) پوشش جبران هزینه‌های پزشکی بدون اعمال تعرفه

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

۸) پوشش بیمه‌ای برای مأموریت‌های خارج از کارگاه حداکثر تا سقف ۲۰٪ ضریب نیروی کار محاسبه شده در متراژ مورد بیمه (لطفاً مشخصات افراد مورد نظر را ذکر نمائید).

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 مزاد 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 بعد از صدور خواهد بود.

الف: پوشش بیمه‌ای دیه .....، مزاد بر تعهدات غرامت نقص عضو مندرج در بیمه‌نامه (بدون سرمایه): دیه دوم  دیه سوم  دیه چهارم

ب: پوشش بیمه‌ای مزاد بر یک دیه (با سرمایه):

<input type="checkbox"/> ریال ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱/۱	<input type="checkbox"/> ریال ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱/۲	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱/۳	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱/۴
<input type="checkbox"/> ریال ۱,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱/۵	<input type="checkbox"/> ریال ۲,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱/۶	<input type="checkbox"/> ریال ۲,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱/۷	<input type="checkbox"/> ریال ۲,۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱/۸
<input type="checkbox"/> ریال ۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱/۹	<input type="checkbox"/> ریال ۳,۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱/۱۰	<input type="checkbox"/> ریال ۳,۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱/۱۱	<input type="checkbox"/> ریال ۳,۹۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱/۱۲
<input type="checkbox"/> ریال ۴,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱/۱۳	<input type="checkbox"/> ریال ۴,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱/۱۴	<input type="checkbox"/> ریال ۴,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱/۱۵	<input type="checkbox"/> ریال ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱/۱۶

۱۱) پوشش بیمه‌ای برای مسئولیت پیمانکاران فرعی

۱۲) پوشش بیمه‌ای افزایش ارزش ریالی دیه (با سرمایه):

<input type="checkbox"/> ریال ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱۲/۱	<input type="checkbox"/> ریال ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱۲/۲	<input type="checkbox"/> ریال ۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱۲/۳	<input type="checkbox"/> ریال ۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱۲/۴
<input type="checkbox"/> ریال ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱۲/۵	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱۲/۶	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱۲/۷	<input type="checkbox"/> ریال ۱,۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱۲/۸
<input type="checkbox"/> ریال ۱,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱۲/۹	<input type="checkbox"/> ریال ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ - ۱۲/۱۰		

۱۳) پوشش بیمه‌ای پرداخت حقوق یا دستمزد روزانه کارکنان

۱۴) پوشش بیمه‌ای عدم اعمال قاعده نسبی حق بیمه مربوط به افزایش متراژ ساختمان

۱۵) پوشش مسئولیت ناشی از قصور، اشتباه یا اهمال غیرعمدی کارکنان بیمه‌گذار در قبال سایر کارکنان بیمه‌گذار

۱۶) پوشش بیمه‌ای حوادث غیر مرتبط با کار کارکنان بیمه‌گذار

۱۷) پوشش بیمه‌ای کارکنان بیمه‌گذار حین ایاب و ذهاب از منزل به محل مورد بیمه شده و بالعکس

۱۸) پوشش طلائی

۱۹) پوشش بیمه‌ای مسئولیت بیمه‌گذار در مقابل فوت و صدمات جسمانی وارد به مهندسین مجری، مشاور، ناظر، پیمانکاران اصلی و فرعی طرف قرارداد با بیمه‌گذار در داخل محدوده مکانی مورد فعالیت

سایر پوشش های مورد درخواست:

اینجانب ..... تعهد می‌نمایم که:

- به کلیه پرسش‌های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه‌نامه مسئولیت مدنی سازندگان ابنیه در مقابل کارکنان ساختمانی می‌باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه‌گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه‌نامه صادره، مسئول جبران خسارت خواهد بود.
- کلیه قوانین مربوط به مبارزه با پولشویی را رعایت نمایم.

نام / مهر و امضاء بیمه‌گذار:

مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری: