



فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران مراکز آموزشی و دانشگاه ها در قبال مراجعین

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان
پانزدهم، پلاک ۲.
تلفن: ۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱، نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

الف: مشخصات عمومی

۱- نام کامل بیمه گذار (حقیقی / حقوقی) :
 نوع بیمه گذار: (دولتی خصوصی شماره ملی/ شناسه ملی : کد اقتصادی (شخص حقوقی) : نام کارگزار / نماینده و کد :

۲- نشانی دقیق، کد پستی و تلفن بیمه گذار :

۳- تعداد حوادث در سه سال گذشته و شرح نوع حوادث :

ردیف	سال حادثه	تعداد حادثه	نوع حادثه (هزینه پزشکی، فوت و نقص عضو)	علت	درصد تقصیر	میزان خسارت (ریال)

۴- شماره بیمه نامه سال قبل : نام بیمه گر قبلی

ب: مشخصات و امکانات مجموعه آموزشی

مشخصات :

۱ نام و نشانی مرکز :

۱ نوع مالکیت : صاحب مجموعه استیجاری - نام مدیر

۱ سابقه مدیریت سال - تاریخ تاسیس

۱ موضوع آموزش :

۱ تعداد کلاس حداکثر ظرفیت مجموع کلاس ها

۱ ساعت کار مرکز آموزشی : روزهای کاری از ساعت لغایت

۱ تعداد مربیان و کارکنان مرکز نفر.

۱ نوع مرکز آموزشی : دبستان راهنمایی دبیرستان هنرستان مرکز فنی و حرفه ای مرکز آموزش عالی سایر مراکز (با ذکر نام)

۱ آیا تمایل دارید مسئولیت مربیان و کارکنان مرکز نیز تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرد؟ بلی خیر

۱ امکانات کمک آموزشی موجود در داخل و محوطه مرکز آموزشی : سایت رایانه کتابخانه آزمایشگاه سایر (با ذکر نام)

۱ آیا تمایل دارید اردوهای یکروزه تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرد؟ بلی خیر

۱ آیا در صورت بروز حادثه در مرکز آموزشی امکانات کمک های اولیه وجود دارد؟ بلی خیر

۱ آیا مرکز آموزشی سیستم اعلام و اطفاء حریق دارد؟ بلی خیر

توجه : جهت پوشش مسئولیت ناشی از مجموعه های ورزشی، استخر و خوابگاه، پرسشنامه مربوطه تکمیل گردد.

ج: مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

مدت زمان بیمه: روز / شروع بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ انقضاء بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ

ریال	هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه
ریال	هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)
ریال	غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه
ریال	غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)

د: تأییدیه بیمه گذار

بدینوسیله گواهی می نماید که اظهارات فوق منطبق با واقعیت بوده و صحت آن را تأیید می نمایم و موافقم که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد نام و امضاء بیمه گذار

واحد صدور (شعبه/نماینده):

تاریخ دریافت فرم پیشنهاد امضاء و مهر واحد صدور