

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران مراکز آموزشی در قبال مراجعین

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی با مشخصات زیر صادر نمائید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

تنها حوادثی که در محدوده مکانی و زمانی بیمه نامه رخ دهد و بیمه گذار مسئول آن شناخته شود، تحت پوشش این بیمه نامه خواهد بود.

نام مدیر مرکز آموزشی : _____ کد ملی : _____
 تاریخ تولد : روز _____ ماه _____ سال _____ شماره شناسنامه : _____
 کدپستی : _____ تلفن / همراه : _____
 نشانی : _____

نام مرکز آموزشی: _____ مالکیت : دولتی خصوصی غیرانتفاعی
 شناسه ملی : _____ سال تأسیس : _____
 تلفن : _____ کدپستی : _____
 نشانی : _____
 نوع مرکز آموزشی :

دبستان راهنمایی دبیرستان پیش دانشگاهی هنرستان مرکز فنی و حرفه ای آموزشگاه سایر _____
 روزهای کاری : _____ ساعت کاری : _____
 تعداد شیفت : _____ تعداد ساختمان : _____
 تعداد کلاس : _____ ظرفیت کل (تعداد صندلی) : _____
 وسایل ایمنی و اطفاء حریق موجود در مرکز آموزشی : _____
 فاصله مرکز آموزشی تا نزدیک ترین مرکز درمانی : _____
 فاصله مرکز تا نزدیک ترین ایستگاه آتش نشانی : _____

آیا در سه سال گذشته در مرکز آموزشی با مدیریت شما حوادث منجر به فوت و نقص عضو و یا هزینه پزشکی اتفاق افتاده است؟
 خیر بلی

در صورت مثبت بودن پاسخ تعداد، مبلغ و نوع ادعا را در جدول مرقوم فرمایید :

جدول شماره ۱- سابقه خسارت

ردیف	تعداد فوت-نقص عضو-هزینه پزشکی	موضوع خسارت	مبالغ پرداختی (ریال)

آیا درخواست پوشش مسئولیت خسارات ناشی از آسانسور را نیز دارید؟ بلی خیر
 در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً تعداد و ظرفیت آسانسور/ها را اعلام فرمایید. -----

مدت بیمه : ----- روز ----- از تاریخ ----- تا تاریخ -----

حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه : ----- ریال

حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت هزینه پزشکی در طول مدت بیمه‌نامه : ----- ریال

حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه (ماه عادی) : ----- ریال

حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت غرامت فوت هر نفر در هر حادثه (ماه حرام) : ----- ریال

حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه‌نامه : ----- ریال

ضمناً اعلام می‌دارد که اظهارات فوق الذکر براساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه‌نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می‌شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

تاریخ:

نماینده / کارگزار:

نام و امضاء بیمه‌گذار: