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 : ..... کداقتصادی (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 :

- نام و نشانی مرکز : .....
- نوع مالکیت : صاحب مجموعه ☐استیجاری ☐ – نام مدیر... ..... سابقه مدیریت ..... سال – تاریخ تاسیس .....
- موضوع آموزش : .....
- تعداد کلاس ..... حداکثر ظرفیت مجموع کلاس ها .....
- ساعت کار مرکز آموزشی : روزهای کاری ..... از ساعت ..... لغایت .....
- تعداد مربیان و کارکنان مرکز ..... نفر.
- نوع مرکز آموزشی : دبستان ☐راهنمایی ☐دبیرستان ☐هنرستان ☐مرکز فنی و حرفه ای ☐ مرکز آموزش عالی ☐سایر مراکز (با ذکر نام) .....
- آیا تمایل دارید مسئولیت مربیان و کارکنان مرکز نیز تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرد ؟ بلی ☐ خیر ☐
- امکانات کمک آموزشی موجود در داخل و محوطه مرکز آموزشی : سایت رایانه ☐کتابخانه ☐ آزمایشگاه ☐ سایر (با ذکر نام).....
- آیا تمایل دارید اردوهای یکروزه تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرد؟ بلی ☐خیر ☐
- آیا در صورت بروز حادثه در مرکز آموزشی امکانات کمک های اولیه وجود دارد؟ بلی ☐ خیر ☐
- 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 .....

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)	**ریال**

د: تائیدیه بیمه گذار

بدینوسیله گواهی می نماید که اظهارات فوق منطبق با واقعیت بوده و صحت آن را تایید 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/نمایندگی) :

تاریخ دریافت فرم پیشنهاد ..... امضاء و مهر واحد صدور.....