



## فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران مراکز توانبخشی و حمایتی در قبال مدد جوینان و 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 مرکز توانبخشی و حمایتی

نام و نشانی مرکز : .....

نوع مرکز نگهداری : سالمندان  بیماران اعصاب و روان  معلولین ذهنی و جسمی  بازپروری معتادان

نوع مالکیت : صاحب مجموعه  استیجاری  - نام مدیر ..... سال تاسیس ..... سابقه مدیریت.....سال.

ساعات کار مرکز نگهداری : شبانه روزی  روزانه  (روزهای کاری ..... از ساعت ..... لغایت .....)

تعداد کارکنان و مربیان مرکز ..... نفر.

تعداد مراجعین به مرکز در طول یک شبانه روز حداقل ..... و حداکثر..... نفر می باشد.

ظرفیت مرکز طبق پروانه فعالیت ..... نفر. (تصویر پروانه پیوست گردد.)

✓ در صورتی که موضوع فعالیت بیمه گذار، نگهداری از سالمندان است، ترکیب آنها مشخص گردد: (تعداد سالمندان مستقل ..... نفر، نیمه مستقل ..... نفر، وابسته ..... نفر)

✓ چنانچه موضوع فعالیت بیمه گذار، نگهداری از بیماران اعصاب و روان باشد ترکیب آنها مشخص گردد: (تعداد بیماران اعصاب و روان ..... نفر، روانی مزمن ..... نفر)

✓ در صورتی که موضوع فعالیت بیمه گذار، نگهداری از معلولین جسمی و ذهنی باشد، ترکیب سنی آنها مشخص گردد: (زیر ۱۴ سال ..... نفر، بالای ۱۴ سال ..... نفر)

✓ چنانچه موضوع فعالیت مرکز، بازپروری معتادان باشد روش درمان را مشخص فرمائید:

بستری در کمپ ترک اعتیاد  مداوای سرپایی  - استفاده از دارو  درمان غیر دارویی  سایر روش ها .....

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

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

### 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 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/نماینده): .....

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