

## پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران مراکز آموزشی در برابر دانش پذیران و مراجعان

قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما بر اساس اطلاعات مندرج در این برگ صادر می شود؛ خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمائید.

<b>مشخصات بیمه گذار</b>	نام بیمه گذار: ..... کد ملی / شناسه ملی: ..... شماره ثبت: ..... تاریخ تولد / ثبت: ..... / ..... / ..... کد اقتصادی: ..... نشانی: ..... کد پستی: ..... تلفن: ..... تلفن همراه: ..... پست الکترونیک: .....																								
<b>مشخصات مرکز آموزشی</b>	نام مرکز آموزشی: ..... سال تأسیس: ..... / ..... / ..... نوع مالکیت: دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> آدرس محل مورد بیمه: ..... نوع مرکز آموزشی: تئوری <input type="checkbox"/> عملی <input type="checkbox"/> موضوع دقیق آموزشی: ..... روزهای کاری: ..... ساعت کار: ..... تعداد کلاس: ..... ظرفیت کل (تعداد صندلی): ..... تعداد شیفت: ..... میانگین مراجعه کنندگان در هر روز: ..... امکانات ایمنی موجود در مرکز آموزشی: ..... سایر امکانات رفاهی محل مورد بیمه (رستوران، کافه، پارکینگ اختصاصی و ...) قید گردد.																								
<b>پوشش های تکمیلی مورد درخواست</b>	در صورت تمایل به پوشش محوطه پارکینگ اختصاصی، ظرفیت و تعهدات مالی درخواستی به تفکیک هر حادثه و در طول مدت در قسمت «سایر اطلاعات بیمه ای مرتبط» قید گردد. آیا درخواست پوشش مسئولیت مدنی ناشی از آسانسور را دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (در صورت مثبت بودن پاسخ تعداد و ظرفیت آسانسور را بنویسید) آیا درخواست پوشش مسئولیت مدنی بیمه گذار در برابر مربیان / مدرسان و یا سایر کارکنان را دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی در صورت تمایل فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان تکمیل گردد.																								
<b>سابقه بیمه ای</b>	آیا در سه سال گذشته حوادث منجر به فوت، صدمه بدنی و یا هزینه های پزشکی در ارتباط با نوع فعالیت مورد درخواست پیش آمده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل شود.																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">تاریخ حادثه</th> <th style="width: 15%;">نوع حادثه</th> <th style="width: 15%;">تعداد فوت</th> <th style="width: 15%;">تعداد صدمه بدنی</th> <th style="width: 15%;">تعداد هزینه پزشکی</th> <th style="width: 15%;">مبلغ خسارت (ریال)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد صدمه بدنی	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)																		
تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد صدمه بدنی	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)																				
آیا بیمه گذار، بیمه نامه دیگری در شرکت نوین دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی لطفا در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه نامه را اعلام فرمائید.																									

FO-LI-10-03

مدت بیمه: روز از ساعت ۲۴ روز ..... تا ساعت ۲۴ روز .....

## در هر حادثه:

حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت دیه و ارش هر نفر: ..... ریال.

حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت دیه فوت هر نفر در ماه‌های حرام: ..... ریال.

حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر: ..... ریال.

## در طی دوره بیمه:

حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت دیه و ارش: ..... ریال.

حداکثر تعهد هزینه پزشکی: ..... ریال.

چنانچه علاوه بر موارد فوق، اطلاعات دیگری می‌تواند بیمه‌گر را در ارزیابی دقیق ریسک راهنمایی نماید، لطفاً مرقوم فرمائید.

همچنین اعلام می‌دارد اظهارات یاد شده براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام شده است، از این رو موافقت می‌شود این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد و تعهد می‌نماید نسبت به پرداخت حق بیمه تعیین شده اقدام شود.

تاریخ تکمیل:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

نام و امضاء بیمه‌گذار:

امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه‌گر یا پیشنهاد دهنده نمی‌باشد.