

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی
مدیران و مربیان مهدهای کودک در برابر مراجعه کنندگان



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

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار: کد ملی / شناسه ملی: شماره ثبت: تاریخ تولد / ثبت: / / کد اقتصادی: نشانی: کدپستی: تلفن: تلفن همراه: پست الکترونیک:																		
	نام مهد کودک: تاریخ تأسیس: / / ۱۳..... نشانی مهد کودک: تعداد طبقات ساختمان مهد کودک: آیا وسایل و فوریت های پزشکی لازم برای مواقع اضطراری در مهد کودک موجود است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا پزشک یا پرستار برای مواقع اضطراری در مهد کودک حضور دارند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا ساختمان مهد کودک دارای امکانات اطفای حریق است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا مسئولیت سایر اشخاص (مالک/ مؤسس/ مدیر) تحت پوشش قرار گیرد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام اشخاص به همراه نقش آن ها در مجموعه قید گردد. با توجه به شرایط و محیط مهد کودک آیا خطر خاصی دیگری کودکان را تهدید می کند؟ (لطفاً شرح دهید) امکانات ایمنی موجود در مهد کودک: سایر امکانات رفاهی محل مورد بیمه (استخر، سالن غذاخوری، محوطه بازی، پارکینگ اختصاصی و ...) قید گردد. در صورت تمایل به پوشش محوطه پارکینگ اختصاصی، ظرفیت و تعهدات مالی درخواستی به تفکیک هر حادثه و محل مورد بیمه در قسمت «سایر اطلاعات بیمه ای مرتبط» قید گردد. تعداد کودکان بالای دو سال حاضر در مهد کودک در طول روز: کودک معمولی نفر و کودک استثنائی نفر. تعداد کودکان زیر دو سال حاضر در مهد کودک در طول روز: کودک معمولی نفر و کودک استثنائی نفر. مجموع تعداد کارکنان و مربیان حاضر در مهد کودک: نفر. آیا از تورهای یک روزه، برای سرگرمی کودکان استفاده می شود:																		
مشخصات مهد کودک مورد بیمه	آیا مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر هستید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> هزینه کارشناسی در هر حادثه. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش تعدد دیات و دیات غیرمصری در هر حادثه. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش افزایش ریالی دیه در سال های بعد یک بار <input type="checkbox"/> دوبار <input type="checkbox"/> سه بار <input type="checkbox"/>																		
	آیا در سه سال گذشته حوادث منجر به فوت، صدمه بدنی و یا هزینه های پزشکی در ارتباط با نوع فعالیت مورد در خواست پیش آمده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل شود.																		
مورد درخواست تکمیلی	<table border="1"> <thead> <tr> <th>تاریخ حادثه</th> <th>نوع حادثه</th> <th>تعداد فوت</th> <th>تعداد صدمه بدنی</th> <th>تعداد هزینه پزشکی</th> <th>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> </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 بیمه نوین دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه نامه را اعلام فرمائید.																			
سابقه بیمه ای																			

FO-LI-11-04

مدت بیمه	مدت بیمه: روز از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز
تعهدات بیمه گر	<p>در هر حادثه:</p> <p>حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش هر نفر: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه فوت هر نفر در ماه های حرام: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر: ریال.</p> <p>در طی دوره بیمه:</p> <p>حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش: ریال.</p> <p>حداکثر تعهد هزینه پزشکی: ریال.</p>
سایر اطلاعات بیمه ای مرتبط	<p>چنانچه علاوه بر موارد فوق، اطلاعات دیگری می تواند بیمه گر را در ارزیابی دقیق ریسک راهنمایی نماید، لطفاً مرقوم فرمائید.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>همچنین اعلام می دارد اظهارات یاد شده براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام شده است، از این رو موافقت می شود این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد و تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه تعیین شده اقدام شود.</p>	
تاریخ تکمیل:	نام و امضاء نماینده /کارگزار بیمه:
	نام و امضاء بیمه گذار:

امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.