



فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران مراکز آموزشی

شماره سند: FM-LB-61/02

تاریخ:/...../۱۴.....

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

پیشنهاد دهنده (بیمه گذار) محترم، نظر به اینکه مفاد بیمه نامه و تعهدات بیمه گر بر مبنای اطلاعات ارائه شده در این فرم میباشد، خواهشمنداست نسبت به ارائه پاسخ صحیح و کامل به تمامی سئوالات، در نهایت حسن نیت اقدام فرمائید.

مشخصات پیشنهاد دهنده

نام پیشنهاد دهنده (حقیقی ☐ حقوقی ☐):
تاریخ تولد/ثبت: / / شماره شناسنامه/ثبت:
نشانی: استان: شهر: خیابان: کد پستی:
پلاک/شماره:
تلفن ثابت (به همراه کد): دورنگار: تلفن همراه:
پست الکترونیک/وب سایت:

مشخصات مرکز آموزشی

نام مرکز آموزشی: سال تاسیس:
نوع مالکیت: دولتی ☐ خصوصی ☐ غیر انتفاعی ☐ سایر:
نوع مرکز آموزشی: دبستان ☐ راهنمایی ☐ دبیرستان ☐ پیش دانشگاهی ☐ هنرستان ☐ مرکز فنی و حرفه ای ☐ آموزشگاه ☐ سایر:
موضوع آموزش (مثلاً رانندگی یا زبان انگلیسی و ...):
روزهای کاری: ساعت کاری: تعداد ساختمان:
تعداد کلاس: ظرفیت کل (تعداد صندلی): تعداد شیفت:
میانگین مراجعه کنندگان در هر روز:
وسایل ایمنی موجود در مرکز آموزشی:
فاصله تا نزدیکترین مرکز پزشکی:

مدت بیمه

از تاریخ: تا تاریخ: به مدت: روز

سوابق بیمه و خسارت

۱. آیا قبلاً چنین بیمه ای خریداری نموده اید؟ بلی ☐ خیر ☐
در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً نام شرکت، شماره و تاریخ انقضا بیمه نامه سال قبل را بیان فرمائید.
۲. چنانچه در ۳ (سه) سال گذشته، حوادثی که منجر به فوت، نقص عضو و یا هزینه های پزشکی مراجعه کنندگان در محل موردبیمه گردیده و در مراجع قضایی محکوم به پرداخت غرامت شده اید (به صورت مصالحه یا محکومیت قطعی) اتفاق افتاده است، تاریخ، نوع حادثه و مبلغ غرامت را ذکر فرمائید.

تعهدات درخواستی

ردیف	پوشش بیمه ای	سرمایه درخواستی (ریال)
۱	حداکثر غرامت فوت و نقص برای هر نفر در هر حادثه (ماه های عادی)	
۲	حداکثر غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه (ماه حرام)	
۳	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه نامه	
۴	حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	
۵	حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت اعتبار بیمه نامه	

شعبه / نماینده / کار گزار

مهر و امضاء:
تاریخ:

تأییدیه پیشنهاد دهنده

صحت پاسخ های ارائه شده مورد تأیید است.
نام، مهر و امضای پیشنهاد دهنده:
تاریخ: