



فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران و مریبان مهدهای کودک

شماره سند: FM-LI-60/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

خواهشمند است بیمه‌نامه مسئولیت مدنی با مشخصات زیر صادر نمائید. ضمناً تعهد مینمایم نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

نام مهد کودک	کدپستی:
تاریخ تاسیس روز ماه سال	تلفن / همراه:
نشانی مهد:	
وضعیت حقوقی پیشنهاد دهنده	<input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی

تعداد طبقات ساختمان مهد کودک:

- آیا وسایل و فوریتهای پزشکی لازم برای مواقع اضطراری در مهد کودک موجود است؟ بلی خیر
- آیا پزشک یا پرستار برای مواقع اضطراری در مهد کودک حضور دارند؟ بلی خیر
- آیا ساختمان مهد کودک دارای امکانات اطفاء حریق می باشد؟ بلی خیر
- لطفا امکانات موجود را مختصراً توضیح دهید.

با توجه به شرایط و محیط مهد کودک آیا خطر خاص دیگری کودکان را تهدید می کند؟ (لطفاً شرح دهید)

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 مریبان حاضر در مهد کودکنفر

آیا از تورهای یکروزه، برای سرگرمی کودکان استفاده میگردد.

آیا کودکان از استخر (در محیط مهد کودک) استفاده می نمایند؟ (ابعاد استخر ؟)

آیا قبلاً دارای بیمه نامه مسئولیت بوده اید؟ نام شرکت و شماره بیمه نامه؟

آیا در سه سال گذشته، حوادث منجر به فوت و نقص عضو و یا هزینه پزشکی در محل کار شما روی داده است؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر مبلغ و تاریخ مرقوم فرمایید.

تعداد نقص عضو	مبلغ خسارت (ریال)	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ هزینه پزشکی (ریال)	نوع حادثه	تاریخ حادثه

حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه جهت ماههای عادی: ریال

حداکثر غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام: ریال

حداکثر هزینه‌های پزشکی ناشی از حوادث موضوع این بیمه‌نامه برای هر نفر در هر حادثه: ریال

حداکثر تعهد بیمه‌گر برای فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: ریال

حداکثر تعهد بیمه‌گر برای هزینه‌های پزشکی در طی دوره بیمه: ریال

مدت بیمه: روز از تاریخ تا تاریخ

بدین وسیله اعلام میدارد که اظهارات فوق الذکر براساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

تاریخ: نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه: نام و امضاء بیمه گذار: