



فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران مراکز آموزشی

شماره سند: FM-LI-61/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

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

نام مدیر مرکز آموزشی: کد ملی: _____
 تاریخ تولد: روز / ماه / سال تلفن: _____
 نشانی: _____
 کد پستی: _____

نام مرکز آموزشی: سال تاسیس: دولتی خصوصی غیرانتفاعی

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 کار: _____
 تعداد کلاس: طرفیت کل (تعداد صندلی): _____
 میانگین مراجعه کنندگان در هر روز: تعداد ساختمان: _____
 وسایل ایمنی موجود در مرکز آموزشی: تعداد شیفت: _____
 فاصله تا نزدیکترین مرکز پزشکی: _____

آیا در سه سال گذشته، حوادث منجر به فوت و نقص عضو، هزینه پزشکی یا خسارات مالی 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 فوت	تعداد نقص عضو	مبلغ خسارت (ریال)	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ هزینه پزشکی (ریال)	نوع حادثه	تاریخ حادثه

آیا درخواست پوشش مسئولیت ناشی از آسانسور را نیز دارید؟ بلی خیر (در صورت مثبت بودن تعداد و ظرفیت آنها بنویسید).

آیا درخواست پوشش مسئولیت در قبال مربیان و مدرسان را نیز دارید؟ بلی خیر (در صورت مثبت بودن تعداد و نام آنها را بنویسید)

مدت بیمه:	روز	از تاریخ	تا تاریخ
حداکثر تعهد برای دیه فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی			
حداکثر تعهد برای فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام:			
حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه:			
حداکثر تعهد برای فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه:			
حداکثر تعهد برای هزینه پزشکی در طی دوره بیمه:			

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.

نام و امضاء بیمه گذار:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

تاریخ: