



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران
مراکز آموزشی در قبال فراگیران و اشخاص ثالث

شناسه مدرک: PI-4360-FR-110

شماره بازنگری: 04

بیمه گذار مشخصات	نام بیمه گذار:	کد ملی / شناسه ملی:	کد نمایندگی:
	تاریخ تولد / تاسیس:	کد پستی:	خانم / آقای:
	نشانی:	تلفن همراه:	کارگزار:
	تلفن ثابت:	نمابر:	واحد صدور:
مدت	مدت بیمه نامه: روز/ سال. تاریخ شروع بیمه نامه: از ساعت ۲۴ مورخ تاریخ پایان بیمه نامه تا ساعت ۲۴ مورخ		
مشخصات و امکانات مرکز آموزشی	نام و نشانی مرکز آموزشی:		
	نوع مالکیت: <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> غیر انتفاعی نام مدیر: سابقه مدیریت: سال. سال تاسیس: نوع مرکز آموزشی: <input type="checkbox"/> مدرسه <input type="checkbox"/> هنرستان <input type="checkbox"/> مراکز فنی و حرفه ای <input type="checkbox"/> آموزشگاه <input type="checkbox"/> دانشگاه <input type="checkbox"/> سایر: ظرفیت مرکز آموزشی: تعداد کلاس: حداکثر ظرفیت مجموع کلاس ها: نفر. موضوع آموزش (به عنوان مثال رانندگی، آموزش زبان و ...): تعداد مربیان و کارکنان مرکز آموزشی: نفر. ساعت کار مرکز آموزشی: از ساعت: تا روزهای کاری: دوره های زمانی پذیرش: <input type="checkbox"/> یک ماهه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> نه ماهه <input type="checkbox"/> یک ساله <input type="checkbox"/> سایر: امکانات کمک آموزشی موجود در داخل و محوطه مرکز آموزشی: <input type="checkbox"/> سایت رایانه <input type="checkbox"/> کتابخانه <input type="checkbox"/> آزمایشگاه <input type="checkbox"/> سایر: توجه: جهت پوشش مسئولیت مدنی ناشی از مجموعه های ورزشی، استخر و خوابگاه، پرسش نامه مربوطه تکمیل گردد. آیا تمایل دارید مسئولیت مربیان و کارکنان مرکز آموزشی نیز تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر آیا تمایل دارید تورهای یک روزه نیز تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر آیا مرکز آموزشی مجهز به سیستم اعلام و اطفاء حریق می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر آیا در مرکز آموزشی امکانات کمک های اولیه وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر فاصله نزدیک ترین بیمارستان و یا مرکز درمانی تا محل مورد بیمه چند کیلومتر می باشد؟ سایر امکانات و اقدامات ایمنی و حفاظتی:		
سوابق خسارت	شماره بیمه نامه سال قبل: نام بیمه گر قبلی: آمار خسارت از سه سال گذشته تاکنون:		
	تاریخ حادثه	تعداد	نوع حادثه (فوت / نقص عضو و ...)
			مبلغ خسارت (ریال)
			علت / مقصر حادثه
میزان تعهدات درخواستی	الف: در هر حادثه		ب: در طی دوره بیمه نامه
	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه های عادی: ریال.	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو: ریال.	حداکثر تعهد هزینه های پزشکی: ریال.
	حداکثر تعهد فوت برای هر نفر در ماه های حرام: ریال.	حداکثر تعهد هزینه های پزشکی برای هر نفر: ریال.	
تاییدیه بیمه گذار	اینجانب به عنوان بیمه گذار / نماینده بیمه گذار تعهد می نمایم که اظهارات درج شده در این پیشنهاد بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران مراکز آموزشی در قبال فراگیران و اشخاص ثالث تنظیم شده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند مطابق مقررات رفتار نماید. از این رو موافقت می گردد این پیشنهاد مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد.		
	تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد:	نام و نام خانوادگی، امضاء و مهر بیمه گذار:	
این قسمت توسط نمایندگی / واحد صدور تکمیل می گردد:			
مهر و امضاء و کد نمایندگی / واحد صدور:		تاریخ دریافت پیشنهاد:	