



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

شناسه مدرک: PI-4600-FR-110

شماره بازنگری: 00

## پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران مراکز توان بخشی و حمایتی در قبال مددجویان و مراجعین

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 24 مورخ ..... تا ساعت 24 مورخ: .....
-----	--

مشخصات موضوع فعالیت	نام و نشانی مرکز: .....
	<p>نوع مرکز نگهداری: <input type="checkbox"/> بیماران اعصاب و روان <input type="checkbox"/> سالمندان <input type="checkbox"/> کودکان بد/بی سرپرست <input type="checkbox"/> کم توان جسمی و ذهنی</p> <p>ظرفیت مرکز نگهداری (طبق پروانه فعالیت): ..... نفر. تعداد مراجعین به مرکز در شبانه روز: حداقل ..... نفر و حداکثر ..... نفر.</p> <p>ساعات کار مرکز نگهداری: <input type="checkbox"/> شبانه روزی <input type="checkbox"/> روزانه (از ساعت ..... تا .....)</p> <p>آیا تمایل دارید مسئولیت مربیان و کارکنان مرکز نیز تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی. تعداد کارکنان و مربیان مرکز ..... نفر.</p> <p>آیا تمایل دارید حوادث ناشی از مسئولیت تان در اردوهای یک روزه، تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>چنانچه موضوع فعالیت نگهداری از سالمندان می باشد تعداد آنها به تفکیک درج گردد:</p> <p>سالمندان مستقل ..... نفر، نیمه مستقل ..... نفر، وابسته ..... نفر، آلزایمری ..... نفر.</p> <p>چنانچه موضوع فعالیت نگهداری از کودکان بد/بی سرپرست و کم توانان جسمی باشد تعداد آنها به تفکیک سن درج گردد:</p> <p>زیر 14 سال ..... نفر، بالای 14 سال ..... نفر.</p>

سوابق خسارت	شماره بیمه نامه سال قبل: .....																				
	تعداد حوادث منجر به فوت و نقص عضو و یا هزینه های پزشکی در سه سال گذشته:																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>تاریخ حادثه</th> <th>تعداد</th> <th>نوع حادثه (فوت/نقص عضو و ...)</th> <th>مبلغ خسارت (ریال)</th> <th>علت / مقصر حادثه</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	تاریخ حادثه	تعداد	نوع حادثه (فوت/نقص عضو و ...)	مبلغ خسارت (ریال)	علت / مقصر حادثه															
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 فوت برای هر نفر در ماه های حرام: ..... ریال.	حداکثر تعهد هزینه های پزشکی: ..... ریال.
	حداکثر تعهد هزینه های پزشکی برای هر نفر: ..... ریال.	

تأییدیه 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 توان بخشی و حمایتی در قبال مددجویان و مراجعین تنظیم گردیده 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.
	نام و نام خانوادگی، امضاء و مهر بیمه گذار:
	تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد:

این قسمت توسط نمایندگی / واحد صدور تکمیل می گردد:
مهر و امضاء و کد نمایندگی / واحد صدور:
تاریخ دریافت پیشنهاد: