

**فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مدیران مراکز آموزشی**

با توجه به اینکه بیمه نامه بر اساس اطلاعات مندرج در این پرسشنامه صادر می گردد، خواهشمند است نسبت به ارائه پاسخ صحیح و کافی در تکمیل آن، اقدام نمائید.

نام پیشنهاد دهنده (حقیقی <input type="radio"/> حقوقی <input 2"="" type="radio&gt;):&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;tr&gt; &lt;td colspan="/> نام بیمه گذار: (مدیر موسسه آموزشی) (حقیقی <input type="radio"/> حقوقی <input 2"="" type="radio&gt;):&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;tr&gt; &lt;td&gt;تاریخ پیشنهاد:&lt;/td&gt; &lt;td&gt;تلفن ثابت:&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;tr&gt; &lt;td&gt;تلفن همراه:&lt;/td&gt; &lt;td&gt;تلفن همراه:&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;tr&gt; &lt;td&gt;کد ملی / شناسه ملی:&lt;/td&gt; &lt;td&gt;تاریخ تولد:&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;tr&gt; &lt;td colspan="/> نشانی بیمه گذار / پیشنهاد دهنده (به صورت کامل):	
کد پستی:	پست الکترونیکی:
نام آموزشگاه / مرکز آموزشی:	
نشانی آموزشگاه / مرکز آموزشی:	
توجه: پیشنهاد دهنده می بایست شخصی باشد که دارای مجوز از مراجع ذیصلاح بوده (بیمه نامه صرفاً بنام بیمه گذار صادر می گردد).	
<b>مشخصات آموزشگاه / مرکز آموزشی:</b>	
ظرفیت کل مرکز آموزشی:	تعداد کلاسها:
نوع فعالیت مرکز آموزشی (نوع آموزش):	تعداد طبقات ساختمان:
در صورتیکه آموزش عملی است نوع کارگاه ها را به تفکیک اعلام نمایید؟	
آیا مرکز آموزشی دارای خوابگاه می باشد؟ <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> ظرفیت:	
آیا ساختمان و امکانات آن از استانداردهای فنی و بهداشتی و فوریتهای پزشکی برخوردار است؟ <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> توضیحات:	
آیا ساختمان دارای امکانات اطفاء حریق می باشد؟ <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> تعداد کپسول:	
* در هنگام صدور بیمه نامه تصویر پروانه فعالیت دارای اعتبار مرکز آموزشی که از مراجع ذیربط اخذ گردیده الزامی می باشد.	
* مسئولیت آسانسور و پارکینگ در این بیمه نامه تحت پوشش نمی باشد. لذا در قالب بیمه نامه دیگری می توانید تحت پوشش قرار دهید.	
<b>پوشش های اضافی:</b> ۱- پوشش پرداخت خسارت بدون رای دادگاه <input type="radio"/> ۲- پوشش ما به التفاوت افزایش دیه به مدت یکسال <input type="radio"/> دو سال <input type="radio"/>	
سه سال <input type="radio"/> ۳- پوشش پرداخت هزینه پزشکی بدون اعمال تعرفه وزارت بهداشت و درمان <input type="radio"/> ۴- حداکثر تعهد برای نقص عضوهای بیش از یک دیه در هر حادثه ----- ریال و در طول مدت بیمه نامه ----- ریال (حداکثر سقف پوشش تا ۲ دیه می باشد).	
<b>لطفاً در مورد سوابق خسارتی (بدنی و مالی) و میزان آن در ۲ سال گذشته توضیح دهید.</b>	
<b>میزان تعهدات مورد درخواست:</b>	
۱- هزینه پزشکی برای هر نفر:	ریال
۲- هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه:	ریال
۳- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماههای عادی:	ریال
۴- غرامت فوت برای هر نفر در ماههای حرام:	ریال
۵- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه:	ریال
مدت بیمه نامه:	

بدینوسیله اعلام می دارد کلیه اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و موافقت می دارد که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

امضاء بیمه گذار / امضاء پیشنهاد دهنده

تاریخ: