



(سهامی عام)

فرم پیشنهاد بیمه‌نامه مسئولیت مدنی مدیران مراکز آموزشی در قبال فراگیران و اشخاص ثالث

شماره شناسایی سند: PI24F360

شماره بازنگری: 03

مشخصات بیمه‌گذار	نام بیمه‌گذار:	کد نمایندگی:
	کد ملی/کد اقتصادی:	تاریخ تولد/تاسیس:
	نشانی:	کد پستی:
	تلفن:	تلفن همراه:
کارگزار:	واحد صدور:	

مدت	مدت بیمه‌نامه: روز/سال. تاریخ شروع بیمه‌نامه: از ساعت ۲۴ مورخ تاریخ پایان بیمه‌نامه: تا ساعت ۲۴ مورخ
-----	--

مشخصات فعالیت	نام مرکز آموزشی:	سال تاسیس:	<input type="radio"/> دولتی <input type="radio"/> خصوصی <input type="radio"/> غیرانتفاعی	
	نشانی:			
	نوع مرکز آموزشی: دبستان <input type="radio"/> راهنمایی <input type="radio"/> دبیرستان <input type="radio"/> پیش‌دانشگاهی <input type="radio"/> هنرستان <input type="radio"/> مرکز فنی و حرفه‌ای <input type="radio"/> آموزشگاه <input type="radio"/> سایر:			
	موضوع آموزش (مثلاً رانندگی یا زبان انگلیسی و...):			
دوره آموزشی: یک‌ماهه <input type="radio"/> سه‌ماهه <input type="radio"/> شش‌ماهه <input type="radio"/> نهم‌ماهه <input type="radio"/> یک‌ساله <input type="radio"/> سایر:	ظرفیت کل ثبت نام در یک‌سال:	تعداد کلاس:	تعداد ساختمان:	
روزهای کاری:	ساعت کار:	تعداد کلاس:	تعداد ساختمان:	
آیا تمایل دارید حوادث ناشی از آسانسور در محل موردبیمه، تحت پوشش این بیمه‌نامه قرار گیرد؟ <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بلی				
آیا تمایل دارید تورها تحت پوشش این بیمه‌نامه قرار گیرد؟ <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بلی				
آیا تمایل دارید مسئولیت مربیان تحت پوشش این بیمه‌نامه قرار گیرد؟ <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بلی				
شرح امکانات اطفاء حریق و موارد ایمنی موجود در محل مورد بیمه:				

سوابق خسارت	شماره بیمه‌نامه سال قبل:	نام بیمه‌گر 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	الف: در هر حادثه:	ب: در طی دوره بیمه‌نامه:
	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه‌های عادی:	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو:
	حداکثر تعهد فوت برای هر نفر در ماه‌های حرام:	حداکثر تعهد هزینه‌های پزشکی:
	حداکثر تعهد هزینه‌های پزشکی برای هر نفر:	

تاییدیه بیمه‌گذار	اینجانب به عنوان بیمه‌گذار/نماینده بیمه‌گذار تعهد می‌نمایم که اظهارات مندرج در این پیشنهاد بر اساس اصل حسن‌نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه‌نامه مسئولیت مدنی مدیران مراکز آموزشی در قبال فراگیران و اشخاص ثالث تنظیم گردیده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه‌گر می‌تواند مطابق مقررات رفتار نماید. لذا موافقت می‌گردد این پیشنهاد مبنای صدور بیمه‌نامه قرار گیرد.
	تاریخ تکمیل پیشنهاد: نام، امضاء و مهر بیمه‌گذار:

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