

توجه: مدارکی دارای اعتبار اجرایی هستند که مهر آبی "اعتبار دارد" داشته باشند.



فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدیران آموزشگاه ها

مشخصات و سابقه کاری متقارضی (بیمه گذار)

نام و نام خانوادگی:

شماره ملی (الزامی است): تلفن همراه:

نشانی بیمه گذار:

سابقه کار در حرفه ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارد:

مشخصات عمومی مورد بیمه

نام مرکز آموزشی: نوع مالکیت: دولتی خصوصی غیر انتفاعی

محل و نشانی مورد بیمه:

کد اقتصادی: کد پستی:

فکس: تلفن:

نوع مرکز آموزشی: هنرستان پیش دانشگاهی دبیرستان دبستان

مرکز فنی و حرفه ای آموزشگاه مرکز آموزش عالی

موضوع آموزش: تعداد شیفت: سال تاسیس:

تعداد طبقات: تعداد ساختمان:

تعداد کلاسها: ظرفیت کل کلاسها (تعداد صندلیها):

آسانسور: دارد ندارد تعداد آسانسورها: ظرفیت آسانسورها:

روزهای کاری مرکز: شنبه یکشنبه دوشنبه سه شنبه چهارشنبه پنج شنبه جمعه

ساعت کاری: از ساعت:

سیستم اعلام حریق اتوماتیک: دارد ندارد

نوع سیستم: دودیاب حرارت یاب دارد ندارد

سیستم اعلام اطفاء حریق: تعداد:

دارد ندارد جعبه کمکهای اولیه:

نام نزدیکترین مرکز پزشکی:

خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه:

آیا در سه سال گذشته خسارتی رخ داده است؟ بله خیر

در صورتی که پاسخ مثبت است سابقه خسارت در ۳ سال گذشته را با ذکر علت حادثه و مبلغ خسارت مشخص نمائید.

علت/مقدار حادثه	مبلغ خسارت (ریال)	نوع حادثه (فوت/نقص عضو/هزینه پزشکی)	نام بیمه گر قبلی	تعداد حادثه	سال حادثه	ردیف

LAF.۷۱	بیمه سامان	
تجدید نظر: ۰۰		
صفحه: ۲ از ۲		

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدیران آموزشگاه ها

پوشش های اضافی

پوشش اماكن وابسته (نمازخانه، کتابخانه، سلف سرويس)

پوشش برگزاری اردو (با اعلام کتبی اسامی قبل از برگزاری اردو)

پوشش خسارت وارد به معلمین، مربيان و استايد

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

مدت بیمه نامه: روز تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳ تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴ روز / /

پوششها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

تعهد به ريال

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

حداکثر هزینه پزشكى هر نفر در هر حادثه

حداکثر هزینه پزشكى در طول مدت بیمه

حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی

حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام

حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه

** بدینو سیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می باشد و موافقت می نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.**

- بیمه گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

- بیمه گر متعدد است کلیه اطلاعات فوق را محترمانه تلقی نماید.

- خسارت مربوط به کارکنان با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می باشد که دارای اقامت با حق کار مشخص و معتبر بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.

** به اطلاع می رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه گذار بیمه نامه

صدر خواهد گردید.**

نماينده/كارگزار:

مهر، امضاء و تاريخ

بیمه گذار:

مهر، امضاء و تاريخ