



## فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران مراکز آموزشی در قبال آموزش گیرندگان

کد مدرک: FO-LB-41/01

شماره: .....

تاریخ: .....

متقاضی گرامی! باتوجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه براساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می شود، خواهشمندیم موارد درخواست شده را به صورت کامل، دقیق و خوانا پاسخ داده و هیچ یک را بدون پاسخ یا خط تیره نگذارید. اگر سؤالی غیرمرتبط است، در مقابل آن علامت  بگذارید.

نمایندگی / کارگزار:  کد:	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">           نام پیشنهاددهنده:            نام پدر:            تلفن / تلفن همراه:            نشانی:         </td> <td style="width: 50%;">           کد ملی / شناسه ملی:            تاریخ تولد / تأسیس: روز      ماه      سال            کد پستی:         </td> </tr> </table>	نام پیشنهاددهنده: نام پدر: تلفن / تلفن همراه: نشانی:	کد ملی / شناسه ملی: تاریخ تولد / تأسیس: روز      ماه      سال کد پستی:
نام پیشنهاددهنده: نام پدر: تلفن / تلفن همراه: نشانی:	کد ملی / شناسه ملی: تاریخ تولد / تأسیس: روز      ماه      سال کد پستی:		

نوع مرکز: <input type="checkbox"/> عمومی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> فنی و حرفه‌ای	نام مرکز آموزشی: نشانی مرکز آموزشی:  اگر مرکز، فنی و حرفه‌ایست، رشته‌های مورد آموزش را در زیر ذکر کنید.  تعداد دانش آموزان: ..... نفر تعداد کارکنان: ..... نفر تعداد شیفت‌های آموزشی: ..... ساعت کاری مرکز: از ..... الی .....
--	---

لطفاً آمار حوادث پیش آمده ناشی از مسئولیت مدیر مرکز در قبال دانش آموزان و کارکنان در سه سال گذشته را در جدول زیر بنویسید:			
نوع حادثه	تعداد	علت حادثه	مبلغ خسارت
شماره بیمه نامه سال قبل:		نام بیمه گر سال قبل:	

## فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران مراکز آموزشی در قبال آموزش گیرندگان

کد مدرک: FO-LB-41/01

شماره: .....

تاریخ: .....

		تعدادات درخواستی
	الف: در هر حادثه:	
ریال	حداکثر تعهد مورد درخواست برای دیه و ارش هر نفر در هر حادثه	
ریال	حداکثر تعهد مورد درخواست برای دیه فوت هر نفر در هر حادثه در ماه‌های حرام	
ریال	حداکثر تعهد مورد درخواست برای هزینه‌های پزشکی هر نفر در هر حادثه	
ریال	حداکثر تعهد مورد درخواست برای خسارت‌های مالی در هر حادثه	
	ب: در طی دوره بیمه:	
ریال	حداکثر تعهد مورد درخواست برای دیه و ارش در طی دوره بیمه	
ریال	حداکثر تعهد مورد درخواست برای هزینه‌های پزشکی در طی دوره بیمه	
ریال	حداکثر تعهد مورد درخواست برای خسارت‌های مالی در طی دوره بیمه	
	آیا مایل به خرید پوشش‌های تکمیلی زیر هستید؟	
<input type="checkbox"/> خیر	دیه دوم یا بیشتر تا سقف ..... ریال در طی دوره بیمه.	
<input type="checkbox"/> خیر	پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه و براساس نظر کارشناس بیمه‌گر.	
<input type="checkbox"/> خیر	جبران هزینه‌های پزشکی بدون تعرفه وزارت بهداشت و براساس فاکتورهای درمانی ارسالی.	
<input type="checkbox"/> خیر	جبران مابه‌التفاوت افزایش دیه پس از وقوع حادثه مشروط به به‌روز بودن دیه بیمه‌نامه در زمان حادثه: (یک‌بار <input type="checkbox"/> دوبار <input type="checkbox"/> سه‌بار <input type="checkbox"/> )	
<input type="checkbox"/> خیر	مسئولیت بیمه‌گذار در قبال حوادث وارد به کارکنان (آموزشی و اداری) و هیئت علمی (به صورت با نام <input type="checkbox"/> براساس لیست تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> )	
<input type="checkbox"/> خیر	مسئولیت بیمه‌گذار در قبال آسیب بدنی اشخاص ثالث ناشی از حوادث در داخل محدوده مرکز آموزشی	
<input type="checkbox"/> خیر	مسئولیت بیمه‌گذار در زمان برگزاری بازدیدها، مسابقات علمی و اردوهای خارج از آموزشگاه با اعلام کتبی قبلی	
<input type="checkbox"/> خیر	مسئولیت بیمه‌گذار در زمان برگزاری تمرینات و مسابقات ورزشی خارج از محیط آموزشگاه	
<input type="checkbox"/> خیر	مسئولیت بیمه‌گذار در زمان استفاده آموزش گیرندگان از سرویس ایاب و ذهاب	
<input type="checkbox"/> خیر	مسئولیت کارکنان (آموزشی و اداری) در قبال حوادث وارد به آموزش گیرندگان	
<b>مدت</b>	از ساعت ۲۴ مورخ ..... تا ساعت ۲۴ مورخ ..... به مدت ..... روز.	

اینجانب ..... بدینوسیله اعلام می‌دارم که اظهارات مندرج در این فرم پیشنهاد صحیح بوده و هیچ‌گونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است. همچنین موافقت می‌شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

امضای این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه‌گر و یا پیشنهاد دهنده نخواهد بود.

امضاء و مهر نماینده/کارگزار: ..... / تاریخ: ..... / ۱۳ / نام و امضاء پیشنهاد دهنده: