



## پرسش نامه و پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران مراکز آموزشی

این پرسش نامه و پیشنهاد، اساس انعقاد قرارداد بیمه بوده و بیمه نامه بر اساس اطلاعات مندرج در آن صادر می گردد، بنابراین لازم است در تکمیل آن دقت کافی بعمل آید.

نام بیمه‌گذار (متقاضی بیمه):  سمت بیمه گذار: مدیر  مؤسس   
 نشانی:  
 کد پستی:  
 کد ملی / شناسه ملی: کد اقتصادی: تاریخ تولد/سال تأسیس: تلفن:

مدت بیمه: از ساعت ۲۴ روز: الی ساعت ۲۴ روز:

### مشخصات مرکز آموزشی

نام مرکز آموزشی: موضوع آموزش:  
 ساعات فعالیت: لغایت .....  
 نشانی:  
 تعداد کلاس ها: ظرفیت هر کلاس: ..... (نفر) رده سنی آموزش پذیران:

نوع مرکز آموزشی: مدرسه  هنرستان  مرکز فنی و حرفه ای  آموزشگاه  دانشگاه  سایر مراکز: .....  
 مرکز آموزشی دارای کدامیک از امکانات ذیل می باشد؟

سالن ورزشی  استخر  خوابگاه  کلاس عملی  سایر: .....

\*در صورتی که مرکز آموزشی دارای خوابگاه می باشد، می بایست نسبت به اخذ بیمه نامه جداگانه اقدام گردد.

آیا از سالن ورزشی و استخر علاوه بر آموزش پذیران، عموم نیز استفاده می نمایند؟ بله  خیر

\*در صورت مثبت بودن پاسخ فوق می بایست نسبت به اخذ بیمه نامه جداگانه اقدام گردد.

آیا مرکز آموزشی دارای آسانسور می باشد؟ بله  خیر  تعداد آسانسور: ظرفیت آسانسور:

آیا درخواست تحت پوشش قرار دادن مسئولیت خود در مقابل استفاده کنندگان از آسانسور را دارید؟ بله  خیر

آیا درخواست تحت پوشش قرار دادن مسئولیت خود در مقابل شرکت کنندگان در اردوهای آموزشی و تفریحی را دارید؟ بله  خیر

\*در خصوص برگزاری اردوها، مسئولیت بیمه گذار در صورتی تحت پوشش قرار می گیرد که مشخصات شرکت کنندگان قبل از اعزام به اردو به بیمه گر اعلام و حق بیمه مربوط با صدور الحاقیه پرداخت گردیده باشد.

آیا درخواست تحت پوشش قرار دادن مسئولیت خود در مقابل خسارت های مالی درمحل پارکینگ را دارید؟ بله  خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ فوق، ظرفیت پارکینگ را اعلام فرمایید: .....

\*منظور از خسارت مالی فقط خسارات ناشی از تحقق خطر آتش سوزی و انفجار و سرایت آن به خودروهای مستقر در پارکینگ مرکز آموزشی می باشد.

\* در هنگام صدور بیمه نامه، تصویر پروانه فعالیت دارای اعتبار مرکز آموزشی که از مراجع ذیربط اخذ گردیده است، می بایست ارائه گردد.

امکانات ایمنی موجود درمحل را شرح دهید:

آیا قبلاً برای این موضوع فعالیت، بیمه نامه مسئولیت خریداری شده است؟ بله  خیر

نام بیمه گر: شماره بیمه نامه: تاریخ انقضاء:

در صورتی که طی ۳ سال گذشته، خسارتی در ارتباط با موضوع این پیشنهاد اتفاق افتاده است، تعداد و مبلغ خسارت وارده را به تفکیک هر حادثه درج فرمایید:

میزان تعهد مورد درخواست را تعیین و در جدول ذیل قید نمایید:

شرح	حداکثر مبلغ (ریال)
جبران خسارت دیه و یا ارش ناشی از صدمه بدنی یا فوت هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی	
جبران خسارت فوت هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام	
جبران خسارت دیه و یا ارش ناشی از صدمه بدنی یا فوت در طول مدت بیمه نامه	
جبران هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	
جبران هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه نامه	
جبران خسارت مالی در هر حادثه	
جبران خسارت مالی در طول مدت بیمه نامه	

اعتبار این پیشنهاد منوط به صدور بیمه نامه می باشد و این ورقه به تنهایی موجود هیچ گونه حقی برای بیمه گذار و یا منشاء هیچ گونه تعهدی برای بیمه گر نخواهد بود و در صورت وجود اختلاف در متن بیمه نامه و این پیشنهاد، بیمه نامه حاکمیت خواهد داشت و بیمه گر در حدود شرایط ومقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

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

نام بیمه گذار: تاریخ تنظیم و امضاء:

نماینده/کارگزار:

بازاریاب:

مهر و امضاء نماینده/کارگزار: