



## پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران مدارس و مراکز آموزشی در قبال دانش آموزان و فراگیرندگان

تهران ، خیابان آیت اله طالقانی ، حد فاصل خیابان ولیعصر و خیابان حافظ ، ساختمان شماره ۴۰۴  
 تلفن : ۱۳ و ۶۶۴۰۹۹۱۲  
 فاکس : ۶۶۹۷۷۲۰۶  
 کد اقتصادی : ۴۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

بدینوسیله از شرکت بیمه آسیا (سهامی عام) ، درخواست می شود بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران مدارس و مراکز آموزشی در قبال دانش آموزان و فراگیرندگان را با توجه به اطلاعات مورد درخواست مندرج در این پیشنهاد برای بیمه گزار با مشخصات زیر به مدت روز از ساعت مورخ تا ساعت مورخ صادر نماید.

### مشخصات بیمه گزار

نام کامل بیمه گزار : .....  
 نشانی بیمه گزار : .....  
 شماره مـلّی : ..... کد اقتصادی : ..... شماره مجوز : .....  
 سابقه کار : .....  
 واحد صدور : ..... نشانی محل مورد بیمه : .....

مدت بیمه : جمعاً ..... ماه از ساعت ۲۴ روز ..... الی ساعت ۲۴ روز .....

### مشخصات بیمه نامه

نام مرکز آموزشی : ..... تاریخ تاسیس : ..... / / نوع مالکیت : دولتی  خصوصی  غیر انتفاعی   
 نوع مرکز آموزشی : دبستان  دبیرستان  هنرستان   
 مرکز فنی و حرفه ای  آموزشگاه  موضوع آموزش : ..... سایر .....  
 میانگین مراجعه کنندگان در هر روز : .....  
 روزهای کاری : ..... ساعت کار : ..... تعداد ساختمان : .....  
 تعداد کلاس : ..... ظرفیت کل (تعداد صندلی) : ..... تعداد شیفت : .....  
 پوشش اماکن وابسته ( نمازخانه ، کتابخانه و سلف سرویس )  پوشش برگزاری اردو با اعلام اسامی  پوشش معلمان ، مربیان و اساتید   
 وسایل و تجهیزات ایمنی مرکز آموزشی : کپسول آتش نشانی  جعبه کمکهای اولیه  سایر : .....  
 فاصله تا نزدیکترین مرکز پزشکی : .....  
 نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه : .....  
 تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت ، نقص عضو یا هزینه پزشکی گردیده است :  
 فوت :  نفر طی  حادثه    نقص عضو :  نفر طی  حادثه    هزینه پزشکی :  نفر طی  حادثه

### تعهدات مورد درخواست

- ۱ - غرامت فوت و صدمات جسمانی برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی حداکثر : مبلغ ..... ریال
- ۲ - غرامت فوت برای هر نفر در ماه های حرام حداکثر : مبلغ ..... ریال
- ۳ - حداکثر تعهد بیمه گر برای فوت و صدمات جسمانی طی مدت بیمه نامه : مبلغ ..... ریال
- ۴ - هزینه پزشکی ناشی از حادثه موضوع این بیمه نامه برای هر نفر در هر حادثه : مبلغ ..... ریال
- ۵ - حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه های پزشکی طی مدت بیمه نامه : مبلغ ..... ریال

بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پیشنهاد و پرسشنامه صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از ذکر هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است و در صورت اثبات خلاف موارد اعلام شده ، مسئولیت آن متوجه شخص بیمه گزار و یا نماینده وی می باشد. بنابراین موافقت می شود این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد و بیمه گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه نامه صادره مسئول جبران خسارت خواهد بود.

تاریخ تکمیل پیشنهاد : ..... مهر و امضای نمایندگی یا کارگزاری : ..... نام / مهر و امضای بیمه گزار : .....  
 تلفن تماس : .....