



پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران مراکز ترک اعتیاد

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 مراکز ترک اعتیاد 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 ملی : 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 ترک اعتیاد : تاریخ تاسیس : / / کد پستی :

نوع مالکیت : دولتی خصوصی

ظرفیت : تخت

تعداد پزشکان مستقر در مرکز نفر

تعداد پرستاران نفر

تعداد کارکنان نفر

آیا مرکز دارای سیستم اطفاء حریق می باشد ؟ بلی خیر

آیا مرکز دارای پوشش بیمه آتش سوزی می باشد ؟ بلی خیر

آیا تا کنون بیمه نامه ای برای این فعالیت داشته اید ؟ بلی خیر

شماره بیمه نامه آتش سوزی :

نام بیمه گر : شماره بیمه نامه :

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 ماه های 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 :