

|               |                 |                                                                                    |
|---------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| LAF073        | شرکت بیمه سامان |  |
| تجدید نظر: 00 |                 |                                                                                    |
| صفحه: ۱ از ۲  |                 |                                                                                    |

**فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مدیران مراکز ترک اعتیاد**

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

شخص حقوقی

نام (موسسه، شرکت، سازمان): .....

شماره ثبت: .....

شناسه ملی / کد اقتصادی (الزامی است): .....

نشانی بیمه گذار: .....

نوع مالکیت: دولتی ☐ خصوصی ☐ تعاونی ☐

تاریخ تأسیس: ۱۳ / /

واحد صدور: .....

مشخصات عمومی مورد بیمه

نام مرکز ترک اعتیاد: .....

نشانی محل مورد بیمه: .....

تلفن: ..... دورنگار: ..... کدپستی: .....

ظرفیت: ..... تخت: ..... تعداد طبقات: .....

تعداد پرسنل مرکز: ..... تعداد پزشکان: ..... تعداد پرستاران: ..... تعداد کارکنان: .....

آیا مرکز دارای سیستم اطفاء حریق می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

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

نام بیمه گر: ..... در صورتی که بیمه گر سامان باشد، شماره بیمه نامه: .....

آیا تاکنون بیمه نامه ای برای این فعالیت داشته اید؟ ☐ بلی ☐ خیر

نام بیمه گر: ..... در صورتی که بیمه گر سامان باشد، شماره بیمه نامه: .....

نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه: .....

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

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

مدت بیمه‌نامه: ..... روز. تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳ تاریخ انقضاء: تا ساعت ۲۴ روز / / ۱۳

پوششها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

| تعهدات مورد درخواست بیمه گذار                                     | تعهد به ریال |
|-------------------------------------------------------------------|--------------|
| حداکثر هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه                             |              |
| حداکثر هزینه پزشکی 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                        |              |

|                                                                  |                 |                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LAF073                                                           | شرکت بیمه سامان | <br>Saman Insurance |
| تجدید نظر: 00                                                    |                 |                                                                                                       |
| صفحه: ۲ از ۲                                                     |                 |                                                                                                       |
| فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مدیران مراکز ترک اعتیاد |                 |                                                                                                       |

\*\*\* بدینوسیله اعلام می‌دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می‌باشد و موافقت می‌نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.\*\*\*

- بیمه‌گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه‌نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.
- بیمه‌گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

\*\*\* به اطلاع می‌رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه‌نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه‌گذار بیمه‌نامه صادر خواهد گردید. \*\*\*

|                    |
|--------------------|
| نماینده/کارگزار:   |
| مهر، امضاء و تاریخ |

|                    |
|--------------------|
| بیمه‌گذار:         |
| مهر، امضاء و تاریخ |