

## مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)

نام و نام خانوادگی: .....

شماره ملی (الزامی است): .....

تلفن همراه: .....

نشانی بیمه گذار: .....

سابقه کار در حرفه ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید: .....

## مشخصات عمومی مورد بیمه

نام مرکز آموزشی: .....

 نوع مالکیت: دولتی ☐ خصوصی ☐ غیر انتفاعی ☐

محل و نشانی مورد بیمه: .....

کد پستی: .....

کد اقتصادی: .....

تلفن: .....

فکس: .....

نوع مرکز آموزشی: .....

 دبستان ☐

 دبیرستان ☐

 پیش دانشگاهی ☐

 هنرستان ☐

 مرکز فنی و حرفه ای ☐

 مرکز آموزش عالی ☐

 آموزشگاه ☐

موضوع آموزش: .....

سال تاسیس: .....

تعداد شیفت: .....

تعداد ساختمان: .....

تعداد طبقات: .....

تعداد کارکنان/مربیان/مدرسان: .....

تعداد کلاسها: .....

ظرفیت کل کلاسها (تعداد صندلیها): .....

 آسانسور: دارد ☐ ندارد ☐

تعداد آسانسورها: .....

ظرفیت آسانسورها: .....

روزهای کاری مرکز: .....

 شنبه ☐

 یکشنبه ☐

 دوشنبه ☐

 سه شنبه ☐

 چهارشنبه ☐

 پنج شنبه ☐

 جمعه ☐

ساعت کاری: .....

از ساعت: .....

تا ساعت: .....

 سیستم اعلام حریق اتوماتیک: دارد ☐ ندارد ☐

 نوع سیستم: حرارت یاب ☐ دودیاب ☐

 سیستم اعلام اطفاء حریق: دارد ☐ ندارد ☐

نوع سیستم: ..... تعداد: .....

 جعبه کمکهای اولیه: دارد ☐ ندارد ☐

نام نزدیکترین مرکز پزشکی: .....

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

 آیا در سه سال گذشته خسارتی رخ داده است؟ بلی ☐ خیر ☐

در صورتی که پاسخ مثبت است سابقه خسارت در ۳ سال گذشته را با ذکر علت حادثه و مبلغ خسارت مشخص نمایید.

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

LAF071

تجدید نظر: 00

صفحه: ۲ از ۲

بیمه سامان

## فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدیران آموزشگاه ها



## پوشش های اضافی

☐ پوشش اماکن وابسته ( نمازخانه، کتابخانه، سلف سرویس )

☐ پوشش برگزاری اردو ( با اعلام کتبی اسامی قبل از برگزاری اردو)

☐ پوشش خسارت وارد به معلمین، مربیان و اساتید

## مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

مدت بیمه نامه: ..... روز. تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳ تاریخ انقضاء: از 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                        |              |

\*\* بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می باشد و موافقت می نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.\*\*

- بیمه گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

- بیمه گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

- خسارت مربوط به کارکنان با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل پرداخت می باشد که دارای اقامت با حق کار مشخص و معتبر بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.

\*\* به اطلاع می رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه گذار بیمه نامه صادر خواهد گردید. \*\*

نماینده/کارگزار:  
مهر، امضاء و تاریخ

بیمه گذار:  
مهر، امضاء و تاریخ