

پرسشنامه بیمه مسئولیت مدیران مراکز آموزشی

متقاضی محترم با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می گردد. خواهشمند است به کلیه پرسشهای مطروحه زیر بطور دقیق و کامل پاسخ دهید.

نام و کد معرف :	
۱- مشخصات متقاضی	
نام مدیر موسسه آموزشی :	نام موسسه آموزشی :
۱/۲- کد ملی :	۱/۳- شماره شناسنامه :
۱/۴- نام پدر :	۱/۵- تاریخ تولد :
۱/۶- محل صدور :	۱/۷- تاریخ و شماره پروانه بهره برداری :
۱/۸- نشانی موسسه آموزشی :	
تلفن ثابت :	تلفن همراه مدیر موسسه :
کد پستی :	نمبر :
۲- مشخصات موسسه آموزشی	
۲/۱- تعداد طبقات ساختمان :	تعداد کلاسها :
آیا ساختمان و امکانات آن از استانداردهای فنی و بهداشتی مناسبی برخوردار است ، بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	ظرفیت کل مرکز آموزشی : نفر
آیا واحد آموزشی دارای امکانات زیر می باشد ؟	
پارکینگ <input type="checkbox"/> سالن ورزشی <input type="checkbox"/> و غیره <input type="checkbox"/>	
*تبصره- منظور از ظرفیت کل مرکز آموزشی ، ظرفیت کل کلاسها می باشد .	
۲/۳- آیا وسایل و فوریتهای پزشکی لازم برای مواقع اضطراری در واحد آموزشی موجود است ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا ساختمان واحد اقامتی دارای امکانات اطفاء حریق می باشد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
مسافت نزدیکترین ایستگاه آتش نشانی تا واحد آموزشی ؟	مسافت نزدیکترین مرکز درمانی تا واحد آموزشی ؟
آیا ساختمان واحد آموزشی تحت پوشش بیمه نامه آتش سوزی ، صائقه ، طوفان و زلزله می باشد ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲/۴- آیا آسانسورهای ساختمان ، تحت بیمه نامه مسئولیت شرکت نصب و نگهداری آسانسور بیمه می باشد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲/۶- آیا در طول سه سال اخیر خسارتی ناشی از مسئولیت مدیر مرکز آموزشی مطرح گردیده است؟ لطفاً تعداد ، نوع خسارت و مبالغ پرداختی را مشخص فرمائید.	
۳- مدت و میزان تعهدات مورد درخواست	
۳/۱- تعهدات بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	ریال
۳/۲- حداکثر تعهدات بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه نامه	ریال
۳/۳- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی	ریال
۳/۴- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام	ریال
۳/۵- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه	ریال
۳/۶- مدت زمان پوشش بیمه ای مورد درخواست ماه می باشد.	
اینجانب بدینوسیله اعلام میدارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است . همچنین موافقت می شود که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.	
تاریخ :	نام و امضای متقاضی :
	مهر و امضای نماینده :
امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.	