



« سهامی عام »

www.BimehAsia.ir

Email: Masouliat@BimehAsia.ir

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران مراکز آموزشی  
در قبال استفاده کنندگان

تهران، خیابان آیت اله طالقانی، حدفاصل خیابان  
ولیمصر و خیابان حافظ، ساختمان شماره ۴۰۴  
تلفن: ۱۲ و ۶۶۹۷۷۱۱۱  
فاکس: ۶۶۹۷۷۲۰۶  
کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

از شرکت بیمه آسیا (سهامی عام) درخواست می گردد بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران مراکز آموزشی در قبال استفاده کنندگان (شاغلین به تحصیل) را بر اساس مندرجات این پیشنهاد به مدت ..... روز از ساعت ۲۴ مورخ ..... تا ساعت ۲۴ مورخ ..... صادر نماید.

مشخصات بیمه گذار

نام کامل بیمه گذار: ..... شماره ملی: ..... تاریخ تولد/تأسیس: روز ..... ماه ..... سال  
کد پستی: ..... نشانی بیمه گذار: ..... کد اقتصادی: ..... شماره مجوز: .....  
سابقه کار: ..... شماره تلفن / دورنگار: ..... شماره تلفن همراه: .....  
پست الکترونیک: .....

مشخصات واحد صدور

نام نمایندگی: ..... کد: ..... واحد صدور: .....  
نام کارگزاری: ..... کد: ..... واحد صدور: .....  
بیمه نامه تمدیدی است یا خیر؟ (زرد کدام شرکت): ..... شماره بیمه نامه سال قبل: .....  
شماره پروانه فعالیت: .....

مشخصات مرکز آموزشی

نام مرکز آموزشی: ..... سال تأسیس: ...../...../.....  
نشانی مرکز آموزشی: .....  
تلفن: .....  
فاکس: .....  
نوع مرکز آموزشی:  مدارس  دانشگاه  موسسه  
تعداد استفاده کنندگان (شاغلین به تحصیل): ..... نفر تعداد کارکنان (مربیان، اساتید، معلمان): ..... نفر  
میانگین مراجعه کنندگان در روز: ..... نفر روزهای کاری: ..... ساعات کار: .....  
تعداد ساختمان: ..... تعداد کلاس: ..... ظرفیت کل (تعداد صندلی): ..... تعداد شیف: .....  
آیا در مرکز آموزشی کارهای علمی و فنی (انجام آزمایشات و عملیات فنی و حرفه ای) صورت می گیرد؟  بلی  خیر  
آیا تمایل به اخذ پوشش کارفرما در مقابل کارکنان را دارید:  بلی  خیر  
آیا تمایل به اخذ پوشش برگزاری اردو (با اعلام اسامی قبل از حرکت) دارید:  بلی  خیر  
آیا تمایل به اخذ پوشش مسئولیت معلمان، مربیان و اساتید در مقابل استفاده کنندگان را دارید:  بلی  خیر  
آیا تمایل دارید مرکز در مقابل انفجار، صاعقه و آتش سوزی تحت پوشش قرار گیرد؟  بلی  خیر  
وسایل و تجهیزات ایمنی مرکز آموزش: کپسول آتش نشانی  جعبه کمکهای اولیه  سایر: .....  
فاصله تا نزدیکترین مرکز پزشکی: .....  
نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه: .....  
آیا دارای سابقه خسارت می باشید:  بلی  خیر (در صورت مثبت بودن پرسش زیر را هم تکمیل نمایید)  
تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت، نقص عضو یا هزینه پزشکی گردیده است:  
فوت: ..... نفر طی ..... حادثه  
هزینه پزشکی: ..... نفر طی ..... حادثه  
نقص عضو: ..... نفر طی ..... حادثه

تبعیضات در خسارتی

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

۲) پوشش مسئولیت بیمه گذار در مقابل فوت و صدمات جسمانی وارد به اشخاص ثالث

۶) پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه

۷) پوشش اماکن وابسته  (در صورت انتخاب ارائه نام و نشانی اماکن الزامی است)

۱۰) پوشش بیمه ای مازاد بر یک دیه (با سرمایه):

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ریال ۱.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۴  | <input type="checkbox"/> ریال ۱.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۳  | <input type="checkbox"/> ریال ۹۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۲    | <input type="checkbox"/> ریال ۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱    |
| <input type="checkbox"/> ریال ۲.۷۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۸  | <input type="checkbox"/> ریال ۲.۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۷  | <input type="checkbox"/> ریال ۲.۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۶  | <input type="checkbox"/> ریال ۱.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۵  |
| <input type="checkbox"/> ریال ۳.۹۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱۲ | <input type="checkbox"/> ریال ۳.۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱۱ | <input type="checkbox"/> ریال ۳.۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱۰ | <input type="checkbox"/> ریال ۳.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۹  |
| <input type="checkbox"/> ریال ۵.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱۶ | <input type="checkbox"/> ریال ۴.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱۵ | <input type="checkbox"/> ریال ۴.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱۴ | <input type="checkbox"/> ریال ۴.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱۳ |

۱۲) پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی دیه (با سرمایه):

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ریال ۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۴   | <input type="checkbox"/> ریال ۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۳   | <input type="checkbox"/> ریال ۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۲    | <input type="checkbox"/> ریال ۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۱   |
| <input type="checkbox"/> ریال ۱.۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۸ | <input type="checkbox"/> ریال ۱.۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۷ | <input type="checkbox"/> ریال ۱.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۶  | <input type="checkbox"/> ریال ۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۵ |
|  |  | <input type="checkbox"/> ریال ۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۱۰ | <input type="checkbox"/> ریال ۱.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۹ |

سایر پوشش های مورد درخواست: .....

اینجانب ..... تعهد می نمایم که:

۱. به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران مراکز آموزشی در قبال استفاده کنندگان (شاغلین به تحصیل) می باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه نامه صادره، مسئول جبران خسارت خواهد بود.
۲. کلیه قوانین مربوط به مبارزه پولشویی را رعایت نمایم.

نام / مهر و امضاء بیمه گذار:

تاریخ:

مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری:

تلفن تماس:

تاریخ تکمیل پیشنهاد: