



(سهامی عام)

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی
مدیران مراکز آموزشی

از شرکت بیمه پارسیان (سهامی عام)، درخواست می شود بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران مراکز آموزشی را بر اساس مندرجات این پیشنهاد به مدت روز از ساعت مورخ تا ساعت مورخ صادر نماید.

شماره شناسایی: PI24F360

شماره بازنگری: 02

پیشنهاد دهنده مشخصات	نام :	کد ملی/کد اقتصادی :
	تاریخ تولد: روز ماه سال	تلفن :
	کد پستی:	
	نشانی :	
	نمایندگی/کارگزار:	کد واحد صدور:

مشخصات مرکز آموزشی	نام مرکز آموزشی:	سال تاسیس:	<input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> غیر انتفاعی
	نوع مرکز آموزشی:	<input type="checkbox"/> دبستان <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> پیش دانشگاهی <input type="checkbox"/> هنرستان <input type="checkbox"/> مرکز فنی و حرفه ای <input type="checkbox"/> آموزشگاه <input type="checkbox"/> سایر.....	
	موضوع آموزش: (مثلا رانندگی یا زبان انگلیسی و...):	ساعت کار:	تعداد ساختمان:
	روزهای کاری	ظرفیت کل(تعداد صندلی):	تعداد شیفت:
	تعداد کلاس:	میانگین مراجعه کنندگان در هر روز:	
	وسایل ایمنی موجود در مرکز آموزشی:		
	فاصله تا نزدیکترین مرکز پزشکی:		

آیا در سه سال گذشته، حوادث منجر به فوت و نقص عضو ویا هزینه پزشکی در محل کار شما روی داده است؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر مبلغ و تاریخ مرقوم فرمایید:

تعداد فوت	تعداد نقص عضو	مبلغ خسارت (ریال)	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ هزینه پزشکی (ریال)	نوع حادثه	تاریخ حادثه

تعهدات درخواستی بیمه گذار	الف: در هر حادثه:	
	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماههای عادی :	ریال.
	حداکثر تعهد فوت برای هر نفر در ماههای حرام:	ریال.
	حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر :	ریال.
	ب: در طی دوره:	
حداکثر تعهد بیمه گر برای فوت و نقص عضو :	ریال.	
حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه پزشکی:	ریال.	

اینجانب تعهد می نمایم که 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 می باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند مطابق مقررات رفتار نماید.

تاریخ: مهر یا امضای بیمه گذار: