

پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مدیران مراکز آموزشی، فرهنگی در قبال استفاده کنندگان

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار : نام آموزشگاه : کد اقتصادی :																			
	شماره ثبت : شماره ملی : تلفن همراه : نامبر :																			
مدت	نشانی بیمه گذار : تلفن :																			
	نام شرکت و شماره بیمه نامه سال قبل : نام و کد نمایندگی / شعبه / معرف :																			
مشخصات مورد بیمه	مدت بیمه : روز / سال تاریخ شروع بیمه نامه : تاریخ پایان بیمه نامه :																			
	سال تاسیس و فعالیت : نوع مالکیت : <input type="radio"/> دولتی <input type="radio"/> خصوصی <input type="radio"/> استیجاری <input type="radio"/> ملکی تعداد طبقات : تعداد کلاس ها : ظرفیت کلاس ها : صندلی ظرفیت کل آموزشگاه : تعداد کارکنان آموزشگاه : تعداد مراجعین در روز : نفر تعداد مراجعین در طی سال : نفر - آیا بیمه گذار علاوه بر مسئولیت خود ، تقاضای پوشش مسئولیت مریبان در قبال استفاده کنندگان را نیز دارد ؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> (در صورت مثبت بودن پاسخ ، مشخصات مریبان را به همراه گواهی مریگیری و آموزشی معتبر پیوست پرسشنامه نمایید.) - شرح امکانات اطفاء حریق و موارد ایمنی موجود در محل مورد بیمه : نشانی دقیق محل مورد بیمه : تلفن :																			
سوابق خسارت	تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت ، صدمات جسمانی یا هزینه پزشکی گردیده :																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>تاریخ حادثه</th> <th>نوع حادثه</th> <th>تعداد فوت</th> <th>تعداد نقص عضو</th> <th>مبلغ خسارت (ریال)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	مبلغ خسارت (ریال)														
تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	مبلغ خسارت (ریال)																
تعهدات بیمه گر	هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه : ریال																			
	حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه : ریال گرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی : ریال گرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام : ریال حداکثر گرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه : ریال																			
تأییدیه بیمه گذار	بدین وسیله اعلام میدارد که اظهارات فوق الذکر بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران مراکز آموزشی، فرهنگی شرکت بیمه کوثر تنظیم گردیده و همچنین موافقت می گردد این پرسشنامه مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد .																			
	نام ، امضاء و مهر بیمه گذار تاریخ تکمیل پرسشنامه																			
مهر ، امضاء و کد نمایندگی / شعبه / معرف																				