

قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما براساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می شود لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی را مطابق با مشخصات ذیل صادر نمایید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.																													
بیمه گذار	نام مدیر مرکز آموزشی: کد ملی: شماره شناسنامه: نام پدر: تاریخ تولد: / / ۱۳.....																												
	نشانی: تلفن: کدپستی: پست الکترونیک:																												
مشخصات مرکز آموزشی	نام مرکز آموزشی: سال تأسیس: / / ۱۳..... نوع مالکیت: <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی																												
	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: (مثلاً رانندگی یا زبان انگلیسی و...):																												
	روزهای کاری: ساعت کار: تعداد ساختمان: تعداد کلاس: ظرفیت کل (تعداد صندلی): تعداد شیفت:																												
سابقه بیمه ای	آیا قبلاً بیمه نامه مسئولیت داشته اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، شماره بیمه نامه سال قبل و نام شرکت بیمه را اعلام فرمایید.																												
	آیا در سه سال گذشته، حوادث منجر به فوت و نقص عضو و یا هزینه پزشکی در محل کار شما روی داده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر مبلغ و تاریخ مرقوم فرمایید:																												
پوشش اضافی	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>تاریخ حادثه</th> <th>نوع حادثه</th> <th>تعداد فوت</th> <th>تعداد نقص عضو</th> <th>تعداد هزینه پزشکی</th> <th>مبلغ خسارت (ریال)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>					تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)																		
	تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)																							
آیا متقاضی، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی لطفاً در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه را ذکر فرمایید.																													
آیا درخواست پوشش مسئولیت ناشی از آسانسور را نیز دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر (در صورت مثبت بودن تعداد و ظرفیت آسانسور را بنویسید)																													
آیا درخواست پوشش مسئولیت در قبال مربیان و مدرسان را نیز دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر (در صورت مثبت بودن تعداد و نام آنها را بنویسید)																													
تعدادات بیمه گر	مدت بیمه: از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز																												
	حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت و نقص برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی: ریال. حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام: ریال. حداکثر هزینه پزشکی ناشی از حوادث موضوع این بیمه برای هر نفر در هر حادثه: ریال. حداکثر تعهد بیمه گر جهت فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: ریال. حداکثر تعهد بیمه گر جهت هزینه های پزشکی در طی دوره بیمه: ریال.																												
ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد.																													
تاریخ تکمیل:		نام و امضاء نماینده /کارگزار بیمه:		نام و امضاء متقاضی بیمه:																									