



**پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی**  
**مدیران مراکز توانبخشی در قبال کارکنان و مددجویان**

کد مدرک: LI-FO-169/00

Page 1 of 1

**شرکت بیمه تعاون**

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی با مشخصات زیر صادر نمائید. ضمناً تعهد مینماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد. ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر بر اساس 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 جزء لاینفک آن قرار گیرد

نام بیمه گذار:	کد ملی / شناسه ملی:	نام پدر:	تلفن
همراه:			
شماره ثبت / شماره شناسنامه:	تاریخ تأسیس / تولد:	کد اقتصادی:	
پست الکترونیک:			
نشانی بیمه گذار:			
استان	شهر	منطقه شهرداری	خیابان
شماره پستی		کوچه	پلاک
پست الکترونیک:			
تعداد و نوع حوادث و مبالغ خسارت پرداختی در سه سال گذشته (به تفکیک):			
شماره بیمه نامه سال قبل:	تاریخ انقضاء:	شرکت بیمه	
شرح دقیق فعالیت:			
تعداد افراد تحت پوشش:	پرسنل شاغل(نفر):	مددجویان (نفر):	سالمندان (نفر):
آیا فعالیت مرکز بصورت شبانه روزی می باشد؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	
آیا در مرکز از افراد سالمند نیز مراقبت می شود؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	
آیا پرسنل شاغل در مرکز توانبخشی برای مأموریت به خارج اعزام می شوند؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت اعزام مأموریت پرسنل شاغل در مرکز توانبخشی، بیمه گذار می بایست لیست اسامی مأمورین را در زمان صدور بیمه نامه ارائه نماید)			
آیا مددجویان به خارج از مرکز توانبخشی اعزام می شوند/ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت اعزام مددجویان مراکز توانبخشی جهت فعالیت های فوق برنامه (مانند تورهای یک روزه یا چند ساعته)، بیمه گذار می بایست ۲۴ ساعت پیش از اعزام، مراتب را به بیمه گر اعلام نماید)			
درخواست اعمال فرانشیز(برای کلیه تعهدات) به میزان: پنج درصد <input type="checkbox"/> ده درصد <input type="checkbox"/> پانزده درصد <input type="checkbox"/> بیست و پنج درصد <input type="checkbox"/>			
مدت بیمه:	از ساعت ۲۴ روز	تا ساعت ۲۴ روز	
شرح تعهدات مورد تقاضا	حداکثر تعهدات مورد تقاضا برای هر نفر در هر حادثه- ریال	حداکثر تعهدات مورد تقاضا در مدت بیمه	نام- ریال
۱- هزینه پزشکی			
۲- غرامت فوت و نقص عضو در ماه های غیر حرام			
۳- غرامت فوت در ماه های حرام			

تاریخ:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه

نام و امضاء متقاضی بیمه