



پرسشنامه مسئولیت مدنی مدیران مراکز آموزشی

مشخصات متقاضی

<input type="radio"/> شخص حقیقی		خانم / آقای		کد ملی	
تاریخ تولد		شماره شناسنامه			
<input type="radio"/> شخص حقوقی		دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/>		شرکت / موسسه	
شناسه ملی		شناسه اقتصادی			
آدرس :					
تلفن		نمبر		همراه	

سوابق بیمه ای

۱) آیا طی یکسال گذشته بیمه نامه مسئولیت مدنی مراکز آموزشی داشته اید؟ بله خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ نام بیمه گر، شماره بیمه نامه و تاریخ انقضاء آن را درج نمایید

۲) تعداد حوادث و مبلغ خسارت دریافتی از شرکت های بیمه گر را طی ۲ سال گذشته درج نمایید

اطلاعات مورد بیمه

۱) آیا مرکز آموزشی بصورت استجاری می باشد؟ بله خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ نام مالک و سال تأسیس آن را درج نمایید

۲) نام مرکز آموزشی آدرس

۳) نوع فعالیت مرکز آموزشی : تئوری عملی

۴) آیا مرکز آموزشی مدرسه می باشد؟ بله خیر

۵) چه آموزشهایی در مرکز آموزشی ارائه می شود؟

۶) مجموع ظرفیت کلاسهای مرکز آموزشی را درج نمایید

تعهدات درخواستی

حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه به مبلغ	ریال
حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای مجموع اشخاص در طول مدت بیمه نامه به مبلغ	ریال
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه به مبلغ	ریال
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای مجموع اشخاص در طول مدت بیمه نامه به مبلغ	ریال

مدت بیمه نامه

پوشش بیمه ای به مدت روز، از ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳۹ تا ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳۹ درخواست می گردد.

این پرسشنامه به درخواست اینجانب تکمیل و با امضای آن ضمن تصدیق مندرجات، اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سئوالات فوق با صداقت و حسن نیت جواب داده شده است و در صورت اثبات هر گونه اظهار خلاف و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن مطابق مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه متوجه اینجانب می باشد.

نام، کد و امضاء نماینده

نام، نام خانوادگی و امضاء متقاضی

تاریخ تکمیل