

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی / مدیران خوابگاه در قبال اشخاص ثالث

شماره سریال:

متقاضی گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. در صورت صدور بیمه‌نامه، شرط اصلی اعتبار آن صحت اطلاعات مندرج در این فرم و پاسخ‌های شما است و به آن استناد خواهد شد. همچنین، تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌کند. فرم پیشنهاد می‌بایست بدون هرگونه خط‌خوردگی، لاک‌گرفتگی، خراشیدگی، دوباره‌نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

شماره پیشنهاد:	نام و کد شعبه:	نام و کد نماینده / کارگزار:	تاریخ درخواست:
نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده:	کد اختصاصی بیمه‌گذار:		
قرارداد	چنانچه قرارداد یا تفاهم‌نامه‌ای جداگانه‌ای برای پیشنهاد فوق منعقد گردیده است موارد زیر را تکمیل نمایید: عنوان قرارداد/ تفاهم‌نامه: شماره قرارداد/ تفاهم‌نامه: تاریخ عقد قرارداد/ تفاهم‌نامه:		
موضوع بیمه‌نامه	موضوع بیمه عبارت است از بیمه مسئولیت مدنی بیمه‌گذار که بر اساس آن بیمه‌گر متعهد می‌شود در ازای انجام تعهدات و وظایف بیمه‌گذار و پرداخت حق بیمه در موعد مقرر، صدمات جسمانی وارده به ساکنین خوابگاه در محدوده مکانی و زمانی مندرج در بیمه‌نامه که ناشی از فعالیت بیمه‌گذار و کارکنان وی باشد را پس از احراز مسئولیت طبق رأی مراجع قضایی یا نظر کارشناس بیمه‌گر با در نظر گرفتن شرایط و استثنائات مندرج در این بیمه‌نامه و اوراق پیوست جبران نماید.		
مشخصات بیمه‌گذار	بیمه‌گذار حقیقی	بیمه‌گذار حقوقی	
	نام و نام خانوادگی: کد ملی: شماره شناسنامه: تلفن تماس (ثابت): آدرس محل سکونت:	نام شرکت/ سازمان/ واحد صنعتی: شناسه ملی: کد اقتصادی: کد پستی: تلفن تماس (ثابت): نمابر: آدرس دفتر مرکزی:	
مشخصات خوابگاه	نام و نشانی خوابگاه (نشانی باید ختم به پلاک/ پلاک ثبتی یا کدپستی باشد):		
	حداکثر ظرفیت خوابگاه: نوع خوابگاه: آیا خوابگاه دارای سیستم اطفاء حریق می‌باشد؟ سیستم گرمایشی خوابگاه را مشخص نمایید. سیستم سرمایشی خوابگاه را مشخص نمایید. وسایل و تجهیزات ایمنی خوابگاه را مشخص نمایید. آیا مایل به اخذ پوشش آسانسور می‌باشید؟ ظرفیت آسانسور: نفر. آیا مایل به اخذ پوشش سالن ورزشی واقع در خوابگاه می‌باشید؟ نوع فعالیت ورزشی را اعلام نمایید: آیا مایل به اخذ پوشش استخر واقع در خوابگاه می‌باشید؟ آیا خوابگاه دارای بیمه آتش‌سوزی می‌باشد؟ آیا ساختمان خوابگاه و امکانات آن از استانداردهای فنی و بهداشتی مناسبی برخوردار است؟ نحوه ی کنترل ورود و خروج را اعلام نمایید: خطرات احتمالی:	تعداد طبقات: تعداد دانشجویان: تعداد دانشجویان: نفر	تعداد تخت: سایر تجهیزات ایمنی: نگرهبان
سابقه بیمه‌ای و خسارات	طی یک سال گذشته پوشش بیمه مسئولیت داشته‌اید؟ در صورت مثبت بودن شماره بیمه‌نامه و بیمه‌گر قبلی خود را مرقوم فرمایید. شرکت بیمه سال قبل: شماره بیمه‌نامه سال قبل: آیا در ۵ سال گذشته، در رابطه با مسئولیت حرفه‌ای شما از جانب مراجعین، ادعایی علیه شما در مراجع قضایی یا خارج از مراجع قضایی مطرح گردیده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت مثبت بودن پاسخ، شرح کاملی از علت، نوع حادثه، تاریخ و مبلغ خسارت را ذکر نمایید).		
	شرح خسارت توسط بیمه‌گذار:		
تایید بیمه‌گذار	امضاء و توضیحات کارشناس صدور: مهر و امضاء و اثر انگشت پیشنهاد دهنده:		

- ۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه عادی _____ ریال
- ۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه حرام _____ ریال
- ۳- حداکثر تعهد بیمه‌گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه‌نامه _____ ریال
- ۴- تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه _____ ریال
- ۵- حداکثر تعهد بیمه‌گر برای جبران هزینه پزشکی در طول مدت بیمه‌نامه _____ ریال

آیا مایل به خرید پوشش‌های اضافی ذیل می‌باشید؟*** پرداخت خسارت بدون رای دادگاه**بله خیر

غرامت فوت بر مبنای قصور بیمه‌گذار و حداکثر تا میزان مندرج در جدول تعهدات بیمه‌نامه یا معادل ریالی ارزاترین نوع دیه رایج، هر کدام که کمتر باشد محاسبه می‌گردد. درصدهای نقص عضو با نظر پزشک معتمد بیمه‌گر تعیین و بر مبنای درصدهای مشخص شده و میزان قصور بیمه‌گذار و حداکثر تا سرمایه مندرج در جدول تعهدات بیمه‌نامه و یا معادل ریالی ارزاترین نوع دیه رایج هر کدام که کمتر باشد محاسبه و پرداخت می‌گردد.

*** جبران هزینه‌های پزشکی بدون اعمال تعرفه**بله خیر

هزینه‌های پزشکی موضوع بیمه براساس صورتحساب‌های معتبر مراکز درمانی تاسقف تعهدات هزینه پزشکی بیمه‌نامه بدون اعمال تعرفه جبران می‌گردد.

*** پوشش افزایش ریالی دیه**بله خیر

به موجب این کلوژ، تعهد بیمه‌گر جهت افزایش دیه روز و حداکثر به میزان

*** غرامت نقص عضو مازاد بر دیه اول (با سرمایه _____ ریال)**بله خیر

مسئولیت بیمه‌گذار در قبال جبران غرامت نقص عضو مازاد بر میزان مندرج در بیمه‌نامه تحت پوشش می‌باشد. حداکثر سرمایه مورد تعهد دیه مصوب ماه عادی می‌باشد.

*** حذف فرانشیز غرامت هزینه پزشکی**بله خیر

هزینه‌های پزشکی موضوع بیمه‌نامه بدون اعمال فرانشیز حداکثر تا مبلغ تعهدات بیمه‌نامه جبران می‌گردد.

مدت بیمه‌نامه: _____ روز از تاریخ: _____ تا تاریخ: _____

تذکر: محاسبه‌ی حق بیمه در بیمه‌نامه‌های کمتر از یک سال طبق تعرفه‌ی کوتاه مدت انجام می‌گیرد.

نحوه پرداخت حق بیمه: نقد اقساط

شرح اقساط: _____ درصد معادل _____ ریال به صورت نقد و مابقی در _____ قسط متوالی مساوی ماهانه

شروع و اعتبار پوشش بیمه‌ای و اجرای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق بیمه به ترتیبی است که در شرایط خصوصی و اعلامیه بدهکار بیمه‌نامه پیش‌بینی شده است در غیر این صورت خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی به حق بیمه‌ای که باید پرداخت می‌شد، محاسبه می‌گردد. جهت اعتبار بیمه‌نامه انجام تعهدات از سوی بیمه‌گذار مقدم بر انجام تعهدات از سوی شرکت بیمه می‌باشد.

توضیحات تکمیلی بیمه‌گذار: _____

اینجانب _____ بدینوسیله تایید می‌نمایم که کلیه اطلاعاتی را که در خصوص مورد بیمه در ارزیابی خطر موثر است در زمان عقد قرارداد یا در جریان آن (اعم از اینکه این اطلاعات در فرم پیشنهاد درخواست شده باشد یا خیر)، باکمال صداقت و درستی اظهار نمایم به طوری که بیمه‌گر با بهره‌گیری از این اطلاعات بتواند اهمیت خطری را که مورد پوشش قرار می‌دهد را تشخیص دهد. موافقت می‌گردد این پرسشنامه و شرایط عمومی ابلاغی بیمه مرکزی اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. امضای این برگه بدون صدور بیمه‌نامه به معنی قبول تعهد توسط بیمه‌گر و پیشنهاد دهنده نمی‌باشد.

نام و نام خانوادگی / مهر / امضاء / اثر انگشت بیمه‌گذار:

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد:

امضاء و توضیحات کارشناس صدور:

مهر و امضای معرف: