

# پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی / مدیران مراکز ترک اعتیاد در قبال مراجعین و استفاده کنندگان

متقارنی گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با دقیق و صداقت پاسخ داده و سپس اعضاء فرمایید. در صورت صدور بیمه‌نامه، شرط اصلی اعتبار آن صحبت 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 می‌باشد بدون هرگونه خط خوردگی، لایک گرفتنی، خواهشیدگی، دوپاره‌نویسی و یا محوشدن تکمیل شده باشد.

تاریخ درخواست:

نام و کد نماینده / کارگزار:

نام و کد شعبه:

شماره پیشنهاد:

کد اختصاصی بیمه‌گذار:

نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده:

پیشنهاد

عنوان قرارداد / تفاهم‌نامه: شماره قرارداد / تفاهم‌نامه: تاریخ عقد قرارداد / تفاهم‌نامه:

عبارت است از بیمه مسئولیت مدنی که بر اساس آن بیمه‌گر متوجه می‌شود در ازای انجام تعهدات و وظایف بیمه‌گذار و پرداخت حق بیمه در موعد مقرر، خدمات جسمانی وارد به مراجعین و استفاده کنندگان مراکز ترک اعتیاد را که ناشی از فعالیت بیمه‌گذار و کارکنان وی باشد را پس از احراراز مسئولیت و در نظر گرفتن شرایط و استثنایات مندرج در بیمه‌نامه و اوراق پیوست جبران نماید.

## بیمه‌گذار حقوقی

## بیمه‌گذار حقیقی

نام مرکز ترک اعتیاد: شناسه ملی: کد اقتصادی: تلفن تماس (ثابت): نمبر: آدرس:

نام و نام خانوادگی: شماره شناسنامه: تاریخ تولد: همراه: آدرس محل سکونت:

مشخصات بیمه‌گذار

نام و نشانی مرکز (نشانی باید ختم به پلاک / پلاک ثبتی یا کد پستی باشد):

ظرفیت مرکز: تعداد پژوهشکان مستقر در مرکز: نفر نفر  
تعداد پرسنل: تعداد طبقات: نفر نفر

آیا مرکز دارای سیستم اطمینان حقيق می‌باشد؟

آیا مرکز شبانه‌روزی می‌باشد؟

آیا مایل به پوشش اردی یکروزه می‌باشد؟

آیا مایل به اخذ پوشش مسئولیت بیمه‌گذار در قبال اشخاص ثالث غیر از مددجویان می‌باشد؟

آیا مایل به اخذ پوشش مسئولیت فنی مرکز در قبال معنادین می‌باشد؟

وسایل و تجهیزات ایمنی مرکز:

کپسول آتش‌نشانی

آیا مرکز دارای پوشش بیمه آتش‌سوزی می‌باشد؟

خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه‌نامه:

سایر تجهیزات ایمنی:

نگهبان

بلی  خیر 

جعبه کمک‌های اولیه

بلی  خیر 

مشخصات

سیمه‌ی بیمه‌ی و نساز

طی یک سال گذشته پوشش بیمه مسئولیت داشته‌اید؟ در صورت مثبت بودن شماره بیمه‌نامه و بیمه‌گر قبلی خود را موقوم 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  خیر  (در صورت مثبت بودن پاسخ، شرح کاملی از علت، نوع حادثه، تاریخ و مبلغ خسارت را ذکر نماید).

شرح خسارت توسط بیمه‌گذار:

مهر و امضاء و اثر انگشت پیشنهاد دهنده:

امضاء و توضیحات کارشناس صدور:

ثابت بیمه‌گذار

ریال \_\_\_\_\_  
ریال \_\_\_\_\_  
ریال \_\_\_\_\_  
ریال \_\_\_\_\_  
ریال \_\_\_\_\_

- ۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه عادی  
۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه حرام  
۳- حداکثر تعهد بیمه‌گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه‌نامه  
۴- تعهد هزینه‌پژشکی برای هر نفر در هر حادثه  
۵- حداکثر تعهد بیمه‌گر برای جبران هزینه پژشکی در طول مدت بیمه‌نامه  
آیا مایل به خرید پوشش‌های اضافی ذیل می‌باشید؟

بله  خیر

\* پرداخت خسارت بدون رای دادگاه

غرامت فوت بر مبنای قصور بیمه‌گذار و حداکثر تا میزان مندرج در جدول تعهدات بیمه‌نامه یا معادل ریالی ارزانترین نوع دیه رایج، هر کدام که کمتر باشد محاسبه می‌گردد. در صدهای نقص عضو با نظر پژشک 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 ارزانترین نوع دیه رایج هر کدام که کمتر باشد محاسبه و پرداخت می‌گردد.

\* جبران هزینه‌های پژشکی بدون اعمال تعریفه

هزینه‌های پژشکی موضوع بیمه معتبر مرکز درمانی تاسف تعهدات هزینه پژشکی بیمه‌نامه بدون اعمال تعریفه جبران می‌گردد.  
 بله  خیر

\* پوشش افزایش ریالی دیه

به موجب این کلوز، تعهد بیمه‌گر جهت افزایش دیه روز و حداکثر به میزان ——— بار افزایش دیه به نسبت تعهدات مندرج در بیمه‌نامه که توسط مراجع قضایی تعیین می‌گردد، خواهد بود.  
 بله  خیر (ب) سرمایه ——— ریال

مسئولیت بیمه‌گذار در مقابل جبران غرامت نقص عضو مازاد بر میزان مندرج در بیمه‌نامه تحت پوشش می‌باشد. حداکثر سرمایه مورد تعهد دیه مصوب ماه عادی می‌باشد.  
تعهد مالی موضوع بیمه‌نامه بدون اعمال فرانشیز حداکثر تا مبلغ تعهدات بیمه‌نامه جبران می‌گردد. فرانشیز سرقت کلی مشمول این پوشش نمی‌باشد.

بله  خیر

\* حذف فرانشیز غرامت هزینه پژشکی

هزینه‌های پژشکی 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 تعریفه 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 بدھکار بیمه‌نامه پیش‌بینی شده است در غیر این صورت خسارت به نسبت حق بیمه‌پرداختی 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 بدينوسيله تاييد مي‌نمایم که كليه اطلاعاتي را که در خصوص مورد بيمه در ازديابي خطر موثر است در زمان عقد قرارداد يا در جريان آن (اعم از اينكه اين اطلاعات در فرم پيشنهاد درخواست شده باشد يا خير)، ياكمال صداقت و درستي اظهار نمایم به طوري که بيمه‌گر با بهره‌گيري از اين اطلاعات بتواند اهميت خطرى را که مورد پوشش قرار مي‌دهد را تشخيص دهد. موافقت مي‌گردد اين پرسشنامه و شرایط عمومي ابلاغي بيمه مرکزی اساس صدور بيمه‌نامه و جزء لايتفك آن قرار گيرد. امضای اين برگه بدون صدور بيمه‌نامه به معنى قبول تعهد توسيط بيمه‌گر و پيشنهاد دهنده نمی‌باشد.

نام و نام خانوادگی / مهر / امضاء / اثرانكشت بیمه‌گذار:

تاریخ تکمیل فرم پيشنهاد:

امضاء و توضیحات کارشناس صدور:

مهر و امضای معرف:

توجه: مقاضي گرامي، ضمن تشکر از انتخاب شركت بيمه‌دي، در صورت پذيريش درخواست شما و تخصيص شناسه واريزي باشكى و واريزي اولين قسط حق بيمه به حساب شركت بيمه‌دي، بيمه‌نامه شما به استناد رسيد نقدی واريزي از ساعت ۲۴ روز واريزي معتبر است و شما به خانواده بزرگ بيمه‌گذاران عمر بيمه‌دي خواهيد پيوست.