

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی / مسئولیت مدنی مدیران مراکز توانبخشی (کم توانان جسمی و ذهنی) در قبال مددجویان

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:
پیشنهاد	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 مددجویان (کم توانان جسمی و ذهنی) در حین اقامت 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 مرکز: _____ شناسه ملی: _____ کد اقتصادی: _____ تلفن تماس (ثابت): _____ نمابر: _____ آدرس مرکز: _____	نام مرکز: _____ شناسه ملی: _____ کد پستی: _____ همراه: _____
مشخصات	نام و نشانی مرکز توانبخشی (نشانی باید ختم به پلاک / پلاک ثبتی یا کدپستی باشد): _____		
مشخصات	ظرفیت مرکز توانبخشی: _____ نفر تعداد پزشکان مستقر در مرکز: _____ نفر آیا آسایشگاه دارای سیستم اطفاء حریق می‌باشد؟ سیستم گرمایش و سرمایش ساختمان توسط چه وسیله‌ای تامین می‌شود؟ وسایل و تجهیزات ایمنی مرکز توانبخشی:		
	کپسول آتش نشانی <input type="checkbox"/> جعبه کمک‌های اولیه <input type="checkbox"/> آیا مرکز توانبخشی دارای درخواست پوشش تور می‌باشد؟ موضوع اردو: _____ طبیعت‌گردی <input type="checkbox"/> داخل کشور <input type="checkbox"/> نوع وسایله نقلیه: _____ اتوبوس <input type="checkbox"/> وسایله نقلیه هوایی <input type="checkbox"/> سایر: _____ تعداد شرکت کنندگان در تور: _____ نفر آیا مرکز دارای پوش بیمه آتش‌سوزی می‌باشد؟ نزد کدام شرکت بیمه‌ای: _____ شماره بیمه‌نامه آتش‌سوزی: _____ * آیا ساختمان مرکز توانبخشی و امکانات آن از استانداردهای فنی و بهداشتی مناسبی برخوردار است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> خطرات احتمالی: _____		
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؟ بلی <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).		
تایید بیمه‌گذار	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؟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 ارزاترین نوع دیه رایج، هرکدام 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 هرکدام که کمتر باشد محاسبه و پرداخت می‌گردد.

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

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

بله خیر *** پوشش افزایش ریالی دیه**

به موجب این کلوژ، 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 *** غرامت نقص عضو مازاد بر دیه اول (با سرمایه _____ ریال)**

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.

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

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: