



فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران مراکز توانبخشی و حمایتی در قبال مدد جوینان و مراجعین

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان
پانزدهم، پلاک ۲.
تلفن: ۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱، نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

الف: مشخصات عمومی

۱- نام کامل بیمه گذار (حقیقی / حقوقی) :
 نوع بیمه گذار: (دولتی خصوصی شماره ملی/ شناسه ملی : کد اقتصادی (شخص حقوقی) : نام کارگزار / نماینده و کد :

۲- نشانی دقیق، کد پستی و تلفن بیمه گذار :

۳- تعداد حوادث در سه سال گذشته و شرح نوع حوادث :

ردیف	سال حادثه	تعداد حادثه	نوع حادثه (هزینه پزشکی، فوت و نقص عضو)	علت	درصد تقصیر	میزان خسارت (ریال)

۴- شماره بیمه نامه سال قبل : نام بیمه گر قبلی :

ب: مشخصات مرکز توانبخشی و حمایتی

نام و نشانی مرکز :

نوع مرکز نگهداری : سالمندان بیماران اعصاب و روان معلولین ذهنی و جسمی بازپروری معتادان

نوع مالکیت : صاحب مجموعه استیجاری - نام مدیر سال تاسیس سابقه مدیریت.....سال.

ساعات کار مرکز نگهداری : شبانه روزی روزانه (روزهای کاری از ساعت لغایت)

تعداد کارکنان و مربیان مرکز نفر.

تعداد مراجعین به مرکز در طول یک شبانه روز حداقل و حداکثر..... نفر می باشد.

ظرفیت مرکز طبق پروانه فعالیت نفر. (تصویر پروانه پیوست گردد.)

✓ در صورتی که موضوع فعالیت بیمه گذار، نگهداری از سالمندان است، ترکیب آنها مشخص گردد: (تعداد سالمندان مستقل نفر، نیمه مستقل نفر، وابسته نفر)

✓ چنانچه موضوع فعالیت بیمه گذار، نگهداری از بیماران اعصاب و روان باشد ترکیب آنها مشخص گردد: (تعداد بیماران اعصاب و روان نفر، روانی مزمن نفر)

✓ در صورتی که موضوع فعالیت بیمه گذار، نگهداری از معلولین جسمی و ذهنی باشد، ترکیب سنی آنها مشخص گردد: (زیر ۱۴ سال نفر، بالای ۱۴ سال نفر)

✓ چنانچه موضوع فعالیت مرکز، بازپروری معتادان باشد روش درمان را مشخص فرمائید:

بستری در کمپ ترک اعتیاد مداوای سرپایی - استفاده از دارو درمان غیر دارویی سایر روش ها

آیا تمایل دارید مسئولیت مربیان و کارکنان مرکز نیز تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرد؟ خیر

آیا تمایل دارید اردوهای یکروزه تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرد؟ خیر

ج: مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

مدت زمان بیمه: روز / شروع بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ انقضاء بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ

ریال	هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه
ریال	هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)
ریال	غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه
ریال	غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)

د: تأییدیه بیمه گذار

بدینوسیله گواهی می نماید که اظهارات فوق منطبق با واقعیت بوده و صحت آن را تایید می نمایم و موافقم که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد نام و امضاء بیمه گذار

واحد صدور (شعبه/نماینده):

تاریخ دریافت فرم پیشنهاد امضاء و مهر واحد صدور.....