



فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران مهد کودک در قبال کودکان

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 و امکانات مهد کودک

✓ نام و نشانی مهد کودک :

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

✓ حداکثر ظرفیت مهد کودک (طبق پروانه فعالیت) : نفر.

✓ ساعات کاری مهد کودک : روزهای کاری از ساعت لغایت

✓ تعداد کارکنان و مربیان مهد کودک نفر .

✓ آیا برای ساختمان مهد کودک بیمه نامه آتش سوزی خریداری شده است؟ بلی خیر (در صورت خرید بیمه نامه، نام بیمه گر

✓ امکانات و وسایل بازی در داخل و محوطه مهد کودک : رایانه سرسره، تاب و ... استخر (مساحت استخر مترمربع) ، سایر امکانات

✓ آیا در مهد کودک از کودکان استثنائی نگهداری می شود؟ بلی خیر

✓ آیا در مهد کودک از نوزادان (شیرخوار زیر دو سال) نگهداری می شود؟ بلی خیر

✓ آیا تمایل دارید اردوهای یکروزه تحت پوشش قرار گیرد؟ بلی خیر

✓ آیا تمایل دارید مسئولیت مربیان و کارکنان مهد کودک تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرد؟ بلی خیر

✓ آیا مهد کودک سیستم اعلام و اطفاء حریق؟ دارد ندارد

✓ فاصله نزدیک ترین بیمارستان یا مرکز درمانی تا محل مورد بیمه کیلومتر .

✓ آیا در صورت بروز حادثه در مهد کودک امکانات کمک های اولیه وجود دارد؟ بلی 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 تأیید 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.....