



« سهامی عام »

www.BimehAsia.ir

Email: Masouliat@BimehAsia.ir

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران مهدکودک در قبال کودکان

• تهران، خیابان آیت اله طالقانی، حدفاصل خیابان
ولیمصر و خیابان حافظ، ساختمان شماره ۴۰۴

• تلفن: ۱۲ و ۶۶۹۷۷۱۱۱
• فاکس: ۶۶۹۷۷۲۰۶
• کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

از شرکت بیمه آسیا (سهامی عام) درخواست می گردد بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران مهدکودک در قبال کودکان را با توجه به اطلاعات مورد درخواست مندرج در این پیشنهاد برای بیمه گذار با مشخصات زیر به مدت روز از ساعت مورخ تا ساعت مورخ صادر نماید.

مشخصات بیمه گذار

نام کامل بیمه گذار: شماره ملی: شماره مآلی: کد پستی:
نشانی بیمه گذار: کد اقتصادی: شماره مجوز:
سابقه کار: شماره تلفن / دورنگار: شماره تلفن همراه:
پست الکترونیک: نشانی محل مورد بیمه:

مشخصات واحد صدور

نام نمایندگی: کد: واحد صدور:
نام کارگزاری: کد: واحد صدور:
بیمه نامه تمدیدی است یا خیر؟ (نزد کدام شرکت): شماره بیمه نامه سال قبل:
شماره پروانه فعالیت:

مشخصات مهد کودک

نام مهدکودک: تاریخ تاسیس: .../.../...
نوع مالکیت: دولتی خصوصی غیرانتفاعی

آیا وسایل و فوریت های پزشکی لازم برای مواقع اضطراری در مهدکودک موجود است؟ بلی خیر

آیا پزشک یا پرستار برای مواقع اضطراری در مهدکودک حضور دارند؟ بلی خیر

آیا ساختمان مهدکودک دارای امکانات اطفاء حریق می باشد؟ بلی خیر

آیا تمایل به اخذ پوشش جهت مسئولیت مریبان در قبال کودکان را دارید؟ بلی خیر

آیا تمایل به اخذ پوشش جهت برگزاری اردو دارید؟ بلی خیر (در صورت تمایل به اخذ پوشش ارائه لیست اسامی شرکت کننده قبل از حرکت الزامی است)

آیا تمایل به اخذ پوشش مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان دارید؟ بلی خیر

آیا تمایل دارید مهد کودک در مقابل انفجار، صاعقه و آتش سوزی تحت پوشش قرار گیرد؟ بلی خیر

آیا قبلا دارای بیمه مسئولیت بوده اید: بلی خیر نام بیمه گر: شماره بیمه نامه:

نام وسایل بازی را ذکر نمایید: تاب سرسره استخر توپ سایر با ذکر نام

تعداد شیرخواره های حاضر در مهد کودک در طول روز نفر
تعداد کودکان ۲ تا ۶ سال در طول روز نفر
تعداد کودکان استثنائی در مهد کودک در طول روز نفر
تعداد مریبان و کارکنان حاضر در مهد کودک: نفر
با توجه به شرایط و محیط مهدکودک آیا خطر دیگری کودکان را تهدید می کند؟ (لطفا شرح دهید):
.....

آیا تاکنون بیمه نامه ای برای این فعالیت داشته اید؟ بلی خیر نام بیمه گر: شماره بیمه نامه:

آیا دارای سابقه خسارت می باشید: بلی خیر (در صورت مثبت بودن پرسش زیر را هم تکمیل نمایید)
تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت، نقص عضو یا هزینه پزشکی گردیده است:
فوت: نفر طی حادثه
نقص عضو: نفر طی حادثه
هزینه پزشکی: نفر طی حادثه

تیمهات درخواستی

- ۱- غرامت فوت، صدمه جسمی و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی حداکثر: مبلغ ریال
- ۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام حداکثر: مبلغ ریال
- ۳- هزینه های پزشکی ناشی از حوادث موضوع این بیمه نامه برای هر نفر در هر حادثه حداکثر: مبلغ ریال
- ۴- حداکثر تعهد بیمه گر برای فوت، صدمه جسمی و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی طی مدت بیمه نامه: مبلغ ریال
- ۵- حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه های پزشکی طی مدت بیمه نامه: مبلغ ریال

۲) پوشش مسئولیت بیمه گذار در مقابل فوت و صدمات جسمانی وارد به اشخاص ثالث □

۶) پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه □

۷) پوشش اماکن وابسته □ (در صورت انتخاب ارائه نام و نشانی اماکن الزامی است)

۱۰) پوشش بیمه ای مازاد بر یک دیه (با سرمایه):

□ ریال ۱.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۴	□ ریال ۱.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۳	□ ریال ۹۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۲	□ ریال ۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱
□ ریال ۲.۷۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۸	□ ریال ۲.۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۷	□ ریال ۲.۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۶	□ ریال ۱.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۵
□ ریال ۳.۹۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱۲	□ ریال ۳.۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱۱	□ ریال ۳.۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱۰	□ ریال ۳.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۹
□ ریال ۵.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱۶	□ ریال ۴.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱۵	□ ریال ۴.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱۴	□ ریال ۴.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱۳

۱۲) پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی دیه (با سرمایه):

□ ریال ۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۴	□ ریال ۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۳	□ ریال ۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۲	□ ریال ۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۱
□ ریال ۱.۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۸	□ ریال ۱.۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۷	□ ریال ۱.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۶	□ ریال ۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۵
		□ ریال ۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۱۰	□ ریال ۱.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۹

..... سایر پوشش های مورد درخواست:

اینجانب تعهد می نمایم که:

۱. به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران مهدکودک در قبال کودکان می باشد ، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه نامه صادره، مسئول جبران خسارت خواهد بود.
۲. کلیه قوانین مربوط به مبارزه پولشویی را رعایت نمایم.

نام / مهر و امضاء بیمه گذار:

تاریخ:

مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری:

تلفن تماس:

تاریخ تکمیل پیشنهاد: