

پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مدیران مراکز توانبخشی در قبال مددجویان

نام و کد معرف :	
۱- مشخصات متقاضی	
۱/۱- نام کامل متقاضی (حقوقی):	۱/۲- نام و نام خانوادگی متقاضی (حقیقی):
۱/۳- شناسه ملی :	۱/۴- کد ملی :
۱/۵- سوابق فعالیت :	۱/۶- سوابق فعالیت :
۱/۷- شماره مجوز :	۱/۸- شماره مجوز :
۱/۹- کد اقتصادی :	۱/۱۰- کد اقتصادی :
۱/۱۱- کد پستی :	۱/۱۲- کد پستی :
۱/۱۳- نشانی بیمه گذار :	
تلفن ثابت :	تلفن همراه:
نمایر:	
۲- مشخصات بیمه نامه	
۲/۱- نام مرکز توانبخشی :	تاریخ تاسیس : / /
نوع مالکیت: خصوصی <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/>	
۲/۲- نشانی محل مورد بیمه :	
۲/۳- ظرفیت : نفر	۲/۳- تعداد طبقات :
۲/۴- نوع معلولیت مددجویان : معلول ذهنی <input type="checkbox"/> معلول جسمی <input type="checkbox"/>	
۲/۵- تعداد پزشکان مستقر در مرکز نفر	
۲/۶- تعداد پرستاران نفر	
۲/۷- تعداد کارکنان نفر	
۲/۸- آیا مرکز دارای سیستم اطفاء حریق می باشد ؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲/۹- آیا در مرکز از افراد سالمند نیز مراقبت می شود ؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲/۱۰- آیا مددجویان به خارج از مرکز توانبخشی اعزام می شوند ؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
در صورت اعزام مددجویان مراکز توانبخشی جهت فعالیت از قبیل (مانند اردوهای یک روزه، موزه، سینما، پارک) باید ۲۴ ساعت پیش از اعزام مراتب به بیمه گر اعلام گردد.	
۲/۱۱- میانگین سنی مددجویان را اعلام نمایید :	
۲/۱۲- آیا مرکز دارای پوشش آتش سوزی می باشد ؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲/۱۳- آیا تا کنون بیمه نامه ای برای این فعالیت داشته اید ؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲/۱۴- نوع خطرات یا حوادث احتمالی را نام ببرید :	
تعداد حوادث در ۲ سال گذشته که منجر به فوت، نقض عضو یا هزینه پزشکی گردیده است :	
فوت : نفر..... علت حادثه.....	نقص عضو: نفر..... علت حادثه.....
هزینه پزشکی : نفر..... علت حادثه	
۱۵- مدت زمان انجام کار / روز کار / شبانه روزی ؟	
۳- مدت و میزان تعهدات مورد درخواست	
ریال	۳/۱- تعهدات بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه
ریال	۳/۲- حداکثر تعهدات بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه نامه
ریال	۳/۳- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقض عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی
ریال	۳/۴- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام
ریال	۳/۵- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقض عضو در طول مدت بیمه نامه
۳/۶- مدت زمان پوشش بیمه ای مورد درخواست جمعاً..... ماه از ساعت ۲۴ روز الی ۲۴ روز.....	
<p>بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از ذکر هیچ مطلب لازمی خوداری نشده است و در صورت اثبات خلاف موارد اعلام شده، مسئولیت آن متوجه شخص بیمه گذار و یا نماینده وی می باشد. بنابراین موافقت می شود این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد و بیمه گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه نامه صادره مسئول جبران خسارت خواهد بود.</p> <p>تاریخ تکمیل پرسشنامه : مهر و امضاء نمایندگی یا کارگذاری : نام/ مهر و امضاء بیمه گذار : تلفن تماس :</p>	
امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.	