



پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مدیران مراکز ترک اعتیاد

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:
۱/۳۱- نشانی بیمه گذار:	
تلفن ثابت:	تلفن همراه:
نمبر:	
۲- مشخصات بیمه نامه	
۲/۱- نام مرکز ترک اعتیاد:	تاریخ تاسیس: / /
۲/۲- نوع مرکز:	نوع مالکیت: خصوصی <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/>
۲/۳- نشانی محل مورد بیمه:	
۲/۴- ظرفیت: نفر	۲/۳- تعداد طبقات:
۲/۵- تعداد پزشکان مستقر در مرکز: نفر	۲/۵- تعداد پرستاران: نفر
۲/۶- تعداد کارکنان: نفر	
۲/۷- آیا مرکز شبانه روزی می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
۲/۸- آیا مرکز دارای سیستم اطفاء حریق می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
۲/۹- آیا مرکز دارای پوشش آتش سوزی می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
۲/۱۰- آیا تا کنون بیمه نامه ای برای این فعالیت داشته اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر نام بیمه گر:	
شماره بیمه نامه:	
۲/۱۱- نوع خطرات یا حوادث احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه:	
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:	
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 نقص 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 نقص عضو در طول مدت بیمه نامه
۳/۶- مدت زمان پوشش بیمه ای مورد درخواست جمعاً: ماه از ساعت ۲۴ روزی الی ۲۴ روزی	
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.	
تاریخ تکمیل پرسشنامه:	مهر و امضاء نمایندگی یا کارگذاری:
نام/مهر و امضاء بیمه گذار:	تلفن تماس:
امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.	