



پرسشنامه بیمه مسئولیت مدیران مهد کودک

متقاضی محترم با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می گردد. خواهشمند است به کلیه پرسشهای مطروحه زیر بطور دقیق و کامل پاسخ دهید.

نام و کد معرف :	
۱- مشخصات متقاضی :	
۱/۱- نام مهد کودک :	۱/۲- نام و نام خانوادگی مدیر مهد کودک :
۱/۳- کد ملی :	۱/۴- شماره شناسنامه :
۱/۵- تاریخ تولد :	۱/۶- شماره مجوز سازمان بهزیستی:
۱/۷- آدرس بیمه گذار :	
۲- مشخصات مهد کودک :	
۲/۱- نشانی مهدکودک :	
تلفن ثابت :	دور نگار :
کدپستی :	
۲/۲- تعداد طبقات ساختمان مهد کودک :	
۲/۳- آیا وسایل و فوریتهای پزشکی لازم برای مواقع اضطراری در مهدکودک موجود است ؟	
۲/۴- آیا پزشک یا پرستار برای مواقع اضطراری در مهد کودک حضور دارند ؟	
۲/۵- آیا ساختمان مهد کودک دارای امکانات اطفاء حریق می باشد ؟ (لطفاً امکانات موجود را مختصراً توضیح دهید.)	
۲/۶- تعداد تقریبی کودکان حاضر در مهد کودک در طول روز : نفر	
۲/۷- آیا از تورهای یکروزه برای سرگرمی کودکان استفاده می گردد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تعداد ماهانه تورهای یکروزه؟	
۲/۸- امکانات و وسایل بازی در داخل و محوطه مهدکودک : چرخ و فلک سرسره ، تاب و..... <input type="checkbox"/> استخر شنا <input type="checkbox"/> (مساحت استخر.....مترمربع) سایر امکانات	
۲/۹- آیا از کودکان استثنایی نیز در مهد کودک نگهداری می گردد؟ در صورت پاسخ مثبت لطفا شرح دهید	
۲/۱۰- آیا بیمه گذار تمایل به بیمه نمودن مربیان مهد کودک را دارد ؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ تعداد مربیان اعلام گردد نفر (در زمان صدور بیمه نامه اعلام نمودن اسامی مربیان الزامی است)	
۲/۱۱- آیا بیمه گذار تمایل به تحت پوشش قرار دادن اشخاص ثالث را دارد ؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲/۱۲- آیا در طول دو سال اخیر بر علیه مدیر مهد کودک در رابطه با مسئولیت های ایشان خسارات اعلام گردیده است ؟	



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 مورد درخواست: ماه از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز	
اینجانب بدینوسیله اعلام میدارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است . همچنین موافقت می شود که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.	
نام و امضای متقاضی :	تاریخ :