



بیمه دانا

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران مهد کودک

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان
گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
تلفن: ۸۸۷۷۰۹۷۱-۸۰
نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

شماره فرم: DL - FR-751-55

صفحه: ۱ از ۲

مشخصات عمومی

۱- نام کامل بیمه گذار (حقیقی / حقوقی) :

شماره ملی / شناسه ملی : سال تولد: کد اقتصادی (شخص حقوقی):

نام کارگزار یا نماینده و کد نمایندگی :

۲- نشانی دقیق، کد پستی و تلفن بیمه گذار :

۳- تعداد حوادث در پنج سال گذشته و شرح نوع حوادث :

ردیف	تاریخ حادثه	تعداد حادثه	نوع (نقص عضو، فوت، مصدومیت و مالی)	علت و مقصر حادثه	مبلغ پرداخت شده (ریال)

۴- شماره بیمه نامه سال قبل: نام بیمه گر قبلی:

مشخصات مورد بیمه

- نام و نشانی مهد کودک :
- تاریخ تاسیس :
- حداکثر ظرفیت مهد کودک : نفر
- ساعت کار مهد کودک : از ساعت لغایت
- امکانات و وسایل بازی در داخل و محوطه مهد کودک : رایانه ☐ پارک کودک ☐ استخرشنا ☐ (مساحت استخر مترمربع) سایر
- آیا در مهد کودک از کودکان استثنائی نگهداری می شود؟ بلی ☐ خیر ☐ تعداد : نفر
- آیا در مهد کودک از نوزادان (شیرخوار زیر دو سال) نگهداری می شود؟ بلی ☐ خیر ☐
- آیا تمایل دارید تورهای 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 ☐ تعداد مربیان و کارکنان:
- آیا ساختمان مهد کودک دارای امکانات اطفاء حریق می باشد؟ بلی ☐ خیر ☐
- آیا مهد کودک مجهز به دوربین مدار بسته می باشد؟ بلی ☐ خیر ☐
- آیا وسایل و فوریت های پزشکی لازم برای مواقع اضطراری در مهدکودک وجود دارد؟ بلی ☐ خیر ☐ وسایل و تجهیزات پزشکی موجود در محل مهدکودک :
- نام و فاصله نزدیک ترین بیمارستان یا مرکز درمانی تا محل مورد بیمه :



بیمه دانا

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران مهد کودک

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان
گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
تلفن: ۸۸۷۷۰۹۷۱-۸۰
نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

شماره فرم: DL - FR-751-55

صفحه: ۲ از ۲

پوشش‌های اضافی مورد درخواست بیمه گذار

- (۱) پوشش بیمه‌ای مازاد بر یک دیه (دیه دوم): ☐
- براساس این پوشش، مسئولیت بیمه گذار در قبال جبران مبلغ ریالی خسارات بدنی اشخاص ثالث بیش از ۱۰۰ درصد دیه ماه‌های عادی حداکثر تا سقف یک دیه ماه عادی سال صدور بیمه نامه در تعهد بیمه گر می باشد.
- (۲) پوشش افزایش مبلغ ریالی دیه : ☐
- بر اساس این پوشش، افزایش مبلغ دیه از تاریخ شروع پوشش بیمه برای یک سال / دو سال / سه سال در تعهد بیمه‌گر خواهد بود. مشروط بر آنکه ناشی از تاخیر در تسلیم رأی مراجع قضائی به بیمه گر نباشد.
- یک سال ☐ دو سال ☐ سه سال ☐
- (۳) پرداخت خسارت بدون رای دادگاه : ☐
- بر اساس این پوشش، مسئولیت مدنی بیمه گذار در اثر حادثه موضوع بیمه، در صورت احراز مسئولیت وی توسط بیمه گر بدون نیاز به ارائه رای دادگاه قابل بررسی و جبران می باشد.
- (۴) جبران هزینه های پزشکی با اعمال تعرفه بخش خصوصی: ☐
- بر اساس این پوشش، بیمه گر متعهد می گردد هزینه های پزشکی ناشی از حادثه موضوع بیمه را بر اساس صورتحساب های معتبر مراکز درمانی (بخش خصوصی) و حداکثر تا مبلغ تعهد مندرج در جدول مشخصات بیمه نامه پرداخت نماید.

مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

مدت بیمه‌نامه: روز		تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / /		تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴ روز / /	
تعهدات مورد درخواست بیمه گذار		تعهد به ریال			
هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه					
هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)					
گرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه					
گرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)					

تأییدیه بیمه گذار

اینجانب به عنوان بیمه گذار/ نماینده بیمه گذار تعهد می نمایم که به سئوالات مندرج در این فرم پیشنهاد به درستی و منطبق بر واقعیت پاسخ داده و موافقت می‌نمایم مندرجات پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد

نام و امضا بیمه گذار

تاریخ دریافت فرم پیشنهاد

امضا و مهر واحد صدور

تأییدیه واحد صدور (نماینده/ شعبه):