



پیشنهاد بیمه مسئولیت مدیران مراکز آموزشی

شماره

تاریخ

پیوست

با مشخصات و نشانی زیر بیمه نامه مسئولیت مدیران

شرکت سهامی بیمه ایران خواهشمند است برای مرکز آموزشی

مراکز آموزشی را صادر نمائید؟

نام بیمه گذار

نوع بیمه گذار ☐ خصوصی ☐ دولتی

نشانی بیمه گذار

تلفن همراه مدیریت

نام مرکز آموزشی

تلفکس آموزشگاه

محل مورد بیمه «ساختمان مرکز آموزشی» داخل محدوده شهری است ☐

خارج از محدوده شهری است ☐

مدت بیمه نامه

روز از ساعت ۲۴ مورخه

لغایت ساعت ۲۴ مورخه

نام مالک مرکز آموزشی

نوع مرکز آموزشی * آموزش علمی ☐ آموزش عملی ☐ مجموعه ظرفیت کلاسها

تعداد طبقات ساختمان

تعداد کلاسها

تعداد کارگاه های آموزشی و یا آزمایشگاه ها

۱؛ هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه

ریال

۲؛ هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه

ریال

۳؛ غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه

ریال

۴؛ غرامت فوت و نقص عضو اشخاص در طول مدت بیمه نامه

ریال

کروکی محل مورد بیمه با ذکر دقیق جزئیات ، ضمنا خواهشمند است سایر توضیحات را در این محل یادداشت فرمائید *

محل مهر و امضاء مدیر مرکز آموزشی