

قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما براساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می شود لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی را مطابق با مشخصات ذیل صادر نمایید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام شود.					
نام متقاضی بیمه: نام پدر: شماره ملی: شماره شناسنامه: تاریخ تولد: ۱۳...../...../.....					
نشانی متقاضی بیمه: کد پستی: تلفن: نامبر: پست الکترونیک:					
نام مهد کودک: تاریخ تأسیس: ۱۳...../...../..... وضعیت حقوقی پیشنهاد دهنده: دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/>					
نشانی مهد کودک: کد پستی: تلفن: نامبر: پست الکترونیک: تعداد طبقات ساختمان مهد کودک:					
آیا وسایل و فوریت های پزشکی لازم برای مواقع اضطراری در مهد کودک موجود است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
آیا پزشک یا پرستار برای مواقع اضطراری در مهد کودک حضور دارند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
آیا ساختمان مهد کودک دارای امکانات اطفای حریق است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
لطفاً امکانات موجود را مختصراً توضیح دهید.					
با توجه به شرایط و محیط مهد کودک آیا خطر دیگری کودکان را تهدید می کند؟ (لطفاً شرح دهید)					
تعداد کودکان بالای دو سال حاضر در مهد کودک در طول روز: (کودک معمولی) نفر و کودک استثنائی نفر.					
تعداد کودکان زیر دو سال حاضر در مهد کودک در طول روز: (کودک معمولی) نفر و کودک استثنائی نفر.					
مجموع تعداد کارکنان و مربیان حاضر در مهد کودک: نفر. آیا از تورهای یکروزه، برای سرگرمی کودکان استفاده می شود:					
آیا کودکان از استخر (در محیط مهد کودک) استفاده می نمایند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت تمایل به پوشش محوطه استخر، پرسشنامه مربوطه را تکمیل نمایید)					
آیا قبلاً دارای بیمه نامه مسئولیت بوده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت و شماره بیمه نامه را قید فرمایید.					
آیا در سه سال گذشته، حوادث منجر به فوت و نقص عضو و یا هزینه پزشکی در محل کار شما روی داده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر مبلغ و تاریخ مرقوم فرمایید:					
تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)
آیا متقاضی، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه را ذکر فرمایید.					
مدت بیمه: روز از تاریخ: ۱۳...../...../..... تا تاریخ: ۱۳...../...../.....					

بیمه گذار  
مشخصات

مشخصات فعالیت بیمه گذار و نسائی

سابقه بیمه ای

مدت بیمه

- حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی: ..... ریال.
- حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام: ..... ریال.
- حداکثر هزینه های پزشکی ناشی از حوادث موضوع این بیمه نامه برای هر نفر در هر حادثه: ..... ریال.
- حداکثر تعهد بیمه گر جهت فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: ..... ریال.
- حداکثر تعهد بیمه گر جهت هزینه های پزشکی در طی دوره بیمه: ..... ریال.

ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد.

نام و امضاء متقاضی بیمه:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

تاریخ تکمیل: