



نام آموزشگاه : نشانی : تلفن :
نوع مالکیت : خصوصی دولتی نام مالک :
در صورتی که آموزشگاه به صورت اجاره واگذار گردیده : نام مستأجر
نام مدیر آموزشگاه : سابقه مدیریت : تحصیلات :
حداکثر ظرفیت آموزشگاه :
گروههای سنی نام نویسی شده :

آیا در صورت بروز حادثه در آموزشگاه کمکهای اولیه وجود دارد ؟
نام نزدیک ترین بیمارستان یا مرکز درمانی به آموزشگاه ؟
لطفاً حوادثی که طی سه سال گذشته موجب فوت، نقص عضو و یا مصدومیت در آن آموزشگاه شده است را بنویسید.

نفرات تحت پوشش بیمه ای مورد درخواست :

حدود پوشش بیمه ای مورد درخواست :

فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه : ریال

هزینه پزشکی برای هر نفر : ریال

سایر توضیحات :

بدینوسیله تأیید و گواهی می نماید کلیه اظهارات فوق مبتنی بر واقعیت بوده و موافقت می گردد که اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

تاریخ :

امضاء مدیر آموزشگاه

شرکت بیمه معلم

نماینده