

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی  
مدیران تالارها و رستوران ها در برابر مراجعان و مشتریان



قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما بر اساس اطلاعات مندرج در این برگ صادر می شود؛ خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمائید.

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار: ..... کد ملی / شناسه ملی: ..... شماره ثبت: .....																																				
	تاریخ ثبت / تولد: ..... / ..... / ..... کد اقتصادی: .....																																				
مشخصات رستوران / تالار	نشانی: .....																																				
	کد پستی: ..... تلفن: ..... تلفن همراه: ..... پست الکترونیک: .....																																				
مشخصات بیمه گذار	نام رستوران/تالار: ..... سال تأسیس: ..... / ..... / .....																																				
	آدرس رستوران: .....																																				
	ظرفیت رستوران/تالار: ..... صندلی: ..... وضعیت رستوران/تالار: <input type="checkbox"/> سرپوشیده <input type="checkbox"/> روباز <input type="checkbox"/> باغ تالار <input type="checkbox"/>																																				
	نسبت بیمه گذار با مورد بیمه: مالک <input type="checkbox"/> مدیر <input type="checkbox"/> مستأجر <input type="checkbox"/> آیا مسئولیت مالک/ مستأجر/ مدیر تحت پوشش قرار گیرد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، نام و مشخصات قید گردد.																																				
پوشش های تکمیلی مورد درخواست	امکانات ایمنی محل مورد بیمه چیست؟ .....																																				
	سایر امکانات رفاهی محل مورد بیمه (پارکینگ و ...) قید گردد. در صورت تمایل به پوشش محوطه پارکینگ اختصاصی، ظرفیت و تعهدات مالی درخواستی به تفکیک هر حادثه و در طول مدت در قسمت «سایر اطلاعات بیمه ای مرتبط» قید گردد.																																				
سابقه بیمه ای	آیا مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر هستید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> هزینه کارشناسی در هر حادثه ..... ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه ..... ریال. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش تعدد دیات و دیات غیرمصری در هر حادثه ..... ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه ..... ریال. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش افزایش ریالی دیه در سال های بعد <input type="checkbox"/> یک بار <input type="checkbox"/> دوبار <input type="checkbox"/> سه بار																																				
	آیا در سه سال گذشته حوادث منجر به فوت، صدمه بدنی و یا هزینه ی پزشکی در ارتباط با نوع فعالیت مورد درخواست پیش آمده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی																																				
مدت بیمه	<table border="1"> <thead> <tr> <th>تاریخ حادثه</th> <th>نوع حادثه</th> <th>تعداد فوت</th> <th>تعداد صدمه بدنی</th> <th>تعداد هزینه پزشکی</th> <th>مبلغ خسارت (ریال)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد صدمه بدنی	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)																														
	تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد صدمه بدنی	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)																															
آیا بیمه گذار، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفا در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه نامه را اعلام فرمائید.																																					
مدت بیمه: ..... از ساعت ۲۴ روز ..... تا ساعت ۲۴ روز .....																																					

FO-LI-100-02

## در هر حادثه:

حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش هر نفر: ..... ریال.

حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه فوت هر نفر در ماه های حرام: ..... ریال.

حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر: ..... ریال.

## در طی دوره بیمه:

حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش: ..... ریال.

حداکثر تعهد هزینه پزشکی: ..... ریال.

چنانچه علاوه بر موارد فوق، اطلاعات دیگری می تواند بیمه گر را در ارزیابی دقیق ریسک راهنمایی نماید، لطفاً مرقوم فرمائید.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

همچنین اعلام می دارد اظهارات یاد شده براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام شده است، از این رو موافقت می شود این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد و تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه تعیین شده اقدام شود.

تاریخ تکمیل:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

نام و امضاء بیمه گذار:

امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.