

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مدیران رستوران ها و تالارها
در قبال مراجعین و مشتریان

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)

شخص حقیقی	شخص حقوقی
نام و نام خانوادگی: ... تاریخ تولد: ... شماره ملی (الزامی است): ... سابقه کار در حرفه ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید: ...	نام (مؤسسه، شرکت، سازمان): ... دولتی ☐ خصوصی ☐ تعاونی ☐ تاریخ تأسیس: ... شماره ثبت: ... شناسه ملی: ... کد اقتصادی: ...

نشانی و اقامتگاه قانونی بیمه گذار: ...

کد پستی: ... تلفن ثابت: ... دورنگار: ... تلفن همراه: ...
شرکای بیمه گذار: ...

موضوع و مشخصات

- آیا تا کنون بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران رستوران ها و تالار ها در قبال مراجعین و مشتریان خریداری نموده اید؟ بلی ☐ خیر ☐
در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت بیمه صادر کننده آن را بنویسید: ...
- آیا در سال های گذشته خسارتی وارد شده است؟ بلی ☐ خیر ☐
در صورت مثبت بودن پاسخ نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید: ...

نام رستوران/ تالار پذیرایی: ... سال تأسیس: ... نوع مالکیت: خصوصی ☐ دولتی ☐
قدمت ساختمان: ...
نشانی: ...

در صورتی که کاربری محل فعالیت فست فود و یا کافی شاپ می باشد، ظرفیت آن را اعلام نمایید: ...

در صورتی که کاربری محل فعالیت رستوران، تالار پذیرایی و یا باغ تالار می باشد، تعداد سالن ها و ظرفیت هر سالن را اعلام نمایید: ...

- آیا محل فعالیت دارای آسانسور می باشد؟ بلی ☐ خیر ☐
- آیا آسانسور بیمه گذار دارای بیمه نامه مسئولیت می باشد؟ بلی ☐ خیر ☐
در صورت منفی بودن پاسخ فوق ، این موارد اعلام نمایید: تعداد آسانسور: .. ظرفیت هر آسانسور: ...
- آیا درخواست تحت پوشش قرارداد مسئولیت خود در مقابل خسارت های مالی در محل پارکینگ را دارید؟ بلی ☐ خیر ☐
(منظور از خسارت مالی فقط خسارات ناشی از تحقق خطر آتشسوزی و انفجار و سرایت آن به خودروهای مستقر در پارکینگ می باشد.)
در صورت مثبت بودن پاسخ فوق ظرفیت پارکینگ را اعلام فرمایید:

LAF117	شرکت بیمه سامان	
تجدید نظر: 00	فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مدیران رستوران ها و قافله ها	
صفحه: 2 از 2	در قبال مراجعین و مشتریان	

- شرح امکانات ایمنی موجود در محل را شرح دهید: ...

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

مدت بیمه نامه (به روز): ... تاریخ شروع بیمه نامه از ساعت 24 روز / 1400/ تاریخ انقضاء بیمه نامه از ساعت 24 روز / 1400/

پوشش ها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	...
حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه	...
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی	...
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام	...
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه	...
حداکثر خسارت مالی در هر حادثه	...
حداکثر خسارت مالی در طول مدت بیمه نامه	...

پوشش های تکمیلی

- چنانچه خواسته ای مازاد بر موارد فوق الذکر دارید، این قسمت را تکمیل نمایید: ...

بدینوسیله بیمه گذار اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می باشد و موافقت می نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

- بیمه گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد

- بیمه گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید

- به اطلاع می رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه گذار بیمه نامه صادر خواهد گردید.

بیمه گذار:	نماینده/ کارگزار:
مهر، امضاء، تاریخ	مهر، امضاء، تاریخ