

LAF117

کد سند :

شرکت بیمه سامان

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



شماره تجدید نظر: 00

جهت ضمیمه :

شماره صفحه	شماره تجدید نظر	تاریخ	شرح تغییرات
کل صفحات	00	1400/06/15	صدر اولیه

تصویب کننده	تایید کننده	تهیه کننده/بازنگری کننده
هادی رئیس زاده	مهدي فلاح	علي صرفی
	 1400/07/04	 1400/07/04
1400/07/06	فرزاد فروعی	عبدالرسول عطانی
	 1400/07/06	 1400/07/04
		 1400/07/03



مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)

شخص حقیقی	شخص حقوقی
نام و نام خانوادگی: ... تاریخ تولد: ... شماره ملی (الزامی است): ... سابقه کار در حرفه‌ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید: ...	نام (مؤسسه، شرکت، سازمان): ... دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> تعاونی <input type="checkbox"/> 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 بیمه‌نامه مسئولیت مدنی مدیران رستوران ها و تالار ها در قبال مراجعین و مشتریان خریداری نموده‌اید؟ 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 تاسیس: ... 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 قراردادن 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:

- 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 ۲۴ روز / ۱۴۰۰ / تاریخ انقضاء بیمه نامه از ساعت ۲۴ روز / ۱۴۰۰ /

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 می‌دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می‌باشد و موافقت می‌نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

- بیمه‌گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه‌نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد

- بیمه‌گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید

- به اطلاع می‌رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه‌نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه‌گذار بیمه‌نامه صادر خواهد گردید.

بیمه گذار:

نماینده/ کارگزار:

مهر، امضاء، تاریخ

مهر، امضاء، تاریخ