

پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مدیران رستورانها و تالارهای پذیرایی در قبال مراجعه کنندگان و استفاده کنندگان

متقاضی محترم با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می گردد. خواهشمند است به کلیه پرسشهای مطروحه زیر بطور دقیق و کامل پاسخ دهید.

نام و کد معرف :	
۱- مشخصات متقاضی	
۱/۱- نام و نام خانوادگی :	
۱/۲- کد ملی :	۱/۳- شماره شناسنامه :
۱/۴- نام پدر :	۱/۵- تاریخ تولد :
۱/۶- محل صدور :	۱/۷- شماره مجوز فعالیت :
۱/۸- نشانی :	
تلفن ثابت :	تلفن همراه :
نمابر :	کد پستی :
۲- مشخصات محل مورد بیمه	
۲/۱- نشانی کامل محل :	
تلفن :	
کد پستی :	
۲/۲- ظرفیت کامل سالن نفر	
۲/۳- آیا امکاناتی از قبیل آسانسور ، پله برقی و استخر در محل وجود دارد . ؟ لطفا توضیح دهید <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۲/۴- آیا در سالن امکانات اطفاء حریق وجود دارد ؟ لطفاً توضیح دهید <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۲/۵- آیا وسایل و فوریتهای پزشکی لازم برای مواقع اضطراری در سالن و یا رستوران وجود دارد ؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۲/۶- لطفاً در صورتیکه طی ۲ سال گذشته خسارتی به وقوع پیوسته است توضیح دهید:	
۳- مدت و میزان تعهدات مورد درخواست	
ریال	۳/۱- تعهدات بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه
ریال	۳/۲- حداکثر تعهدات بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه نامه
ریال	۳/۳- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی
ریال	۳/۴- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام
ریال	۳/۵- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه
۳/۶- مدت زمان پوشش بیمه ای مورد درخواست ماه می باشد.	
اینجانب بدینوسیله اعلام میدارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است . همچنین موافقت می شود که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.	
تاریخ :	نام و امضای متقاضی :
مهر و امضای نماینده :	
امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.	