



پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مدیران رستورانها

مشخصات متقاضی

شخص حقیقی	خانم/ آقای	کد ملی
	تاریخ تولد / / ۱۳	شماره شناسنامه :
شخص حقوقی	☐ خصوصی ☐ دولتی	شرکت / موسسه
	شناسه ملی	شناسه اقتصادی
آدرس پستی :		
تلفن	نمبر	همراه

سوابق بیمه ای

۱) آیا رستوران طی سال گذشته در این رشته دارای بیمه نامه بوده است؟ ☐ بله ☐ خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ، نام شرکت بیمه و شماره بیمه نامه را درج نمایید :

۲) تعداد حوادث و مبلغ خسارت دریافتی ناشی از مسئولیت پیشنهاد دهنده طی ۲ سال گذشته (به تفکیک هر سال) :
.....

اطلاعات مورد بیمه

۱) نام رستوران : آدرس رستوران :

۲) چنانچه رستوران بصورت استیجاری می باشد نام مالک آن را درج نمایید :

۳) ظرفیت رستوران: نفر.

تعهدات درخواستی

حداکثر هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه به مبلغ	ریال
حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه برای مجموع اشخاص به مبلغ	ریال
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه به مبلغ	ریال
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه برای مجموع اشخاص به مبلغ	ریال

مدت بیمه نامه

پوشش بیمه ای به مدت روز ، از ساعت ۲۴ مورخ لغایت ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۴ درخواست می گردد.
این پرسشنامه به درخواست اینجانب تکمیل و با امضای آن ضمن تصدیق مندرجات، اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سئوالات فوق با صداقت و حسن نیت جواب داده شده است و در صورت اثبات هر گونه اظهار خلاف و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن مطابق مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه متوجه اینجانب می باشد.

نام ، کد و امضاء نماینده

نام ، نام خانوادگی و امضاء متقاضی

تاریخ تکمیل