



بیمه دانا

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران استراحتگاه های ساحلی

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان
گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
تلفن: ۸۸۷۷۰۹۷۱-۸۰
نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

شماره فرم: DL - FR-751-55

صفحه: ۱ از ۲

مشخصات عمومی

۱- نام کامل بیمه گذار (حقیقی / حقوقی) :

شماره ملی / شناسه ملی : سال تولد: کد اقتصادی (شخص حقوقی):

نام کارگزار یا نماینده و کد نمایندگی :

۲- نشانی دقیق، کد پستی و تلفن بیمه گذار :

۳- تعداد حوادث در پنج سال گذشته و شرح نوع حوادث :

ردیف	تاریخ حادثه	تعداد حادثه	نوع (نقص عضو، فوت، مصدومیت و مالی)	علت و مقصر حادثه	مبلغ پرداخت شده (ریال)

۴- شماره بیمه نامه سال قبل: نام بیمه گر قبلی:

مشخصات مورد بیمه

■ نام و نشانی دقیق استراحتگاه ساحلی:

نوع مالکیت: صاحب مجموعه ☐ استیجاری ☐ سال تاسیس: (ارائه مجوز فعالیت قبل از صدور بیمه نامه الزامی است)

■ مساحت کل محوطه : / مساحت حوضچه های مجاز شنا :

■ تعداد سوئیت های مسکونی در محوطه استراحتگاه : / ظرفیت کل مجموعه :

■ ساعات کار مجاز مجموعه : از ساعت لغایت ساعت

■ مشخصات ناجیان غریق :

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ اخذ کارت نجات غریق	تاریخ اخذ گواهی آمادگی نجات غریق

■ آیا در محدوده مورد بیمه علائم هشدار دهنده از قبیل پرچم ، تابلوی مجاز ساعات شنا و نصب شده است ؟ بلی ☐ خیر ☐

■ وسایل و تجهیزات ایمنی موجود در محوطه : جلیقه نجات ☐ کپسول اکسیژن ☐ جعبه کمک های اولیه ☐ سایر تجهیزات :

■ آیا تجهیزات امدادی و آتش نشانی در محوطه طرح مستقر می باشند؟ بلی ☐ خیر ☐

■ نام نزدیک ترین بیمارستان یا مرکز درمانی تا محل مورد بیمه فاصله کیلومتر



بیمه دانا

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران استراحتگاه های ساحلی

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان
گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
تلفن: ۸۸۷۷۰۹۷۱-۸۰
نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

شماره فرم: DL - FR-751-55

صفحه: ۲ از ۲

پوشش های اضافی مورد درخواست بیمه گذار

- (۱) پوشش بیمه ای مازاد بر یک دیه (دیه دوم): حداکثر تا سقف یک دیه ماه عادی سال صدور بیمه نامه ☐
- (۲) پوشش افزایش مبلغ ریالی دیه : یک سال ☐ دو سال ☐ سه سال ☐
- (۳) پرداخت خسارت بدون رای دادگاه : ☐
- (۴) جبران هزینه های پزشکی با اعمال تعرفه بخش خصوصی: ☐

مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

مدت بیمه نامه: روز تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳ تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه	
هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)	
گرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه	
گرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)	

تأییدیه بیمه گذار

اینجانب به عنوان بیمه گذار/ نماینده بیمه گذار تعهد می نمایم که به سئوالات مندرج در این فرم پیشنهاد به درستی و منطبق بر واقعیت پاسخ داده و موافقت می نمایم مندرجات پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد

نام و امضا بیمه گذار

تاریخ دریافت فرم پیشنهاد

امضا و مهر واحد صدور

تأییدیه واحد صدور (نماینده/ شعبه):