



بیمه دانا

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران هتل و مهمان پذیرها
در قبال مشتریان

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 هتل / مهمان پذیر :
- نوع مالکیت: دولتی ☐ خصوصی ☐ / استیجاری ☐ سال تاسیس : مساحت کل مجموعه به متر مربع :
- درجه یا تعداد ستاره / تعداد طبقات / تعداد خروجی اضطراری در هر طبقه / تعداد کل اتاق ها / تعداد کل تخت ها /
- تاریخ آخرین تعمیرات اساسی ساختمان؟
- آیا واحد اقامتی دارای بخش یا صندوق نگهداری امانات می باشد؟ بلی ☐ خیر ☐
- آیا محل مورد بیمه تحت پوشش بیمه آتش سوزی می باشد؟ بلی ☐ خیر ☐
- چنانچه واحد اقامتی دارای آسانسور و پله برقی بوده قسمت زیر را تکمیل نمایید :
تعداد آسانسور و ظرفیت هر آسانسور / تعداد ، عرض و سرعت نامی هر پله برقی
- چنانچه تمایل به پوشش خسارات مالی به خودروهای میهمانان در پارکینگ واحد اقامتی در قبال خطرات سرقت کلی و آتش سوزی دارید قسمت زیر را تکمیل نمایید :
خودروها ثبت ورود و خروج رایانه ای می گردد؟ بلی ☐ خیر ☐ حداکثر ظرفیت پارکینگ / مساحت پارکینگ مترمربع.
- در صورتی که مجموعه دارای استخر بوده و تمایل به بیمه نمودن آن دارید قسمت روبرو را تکمیل نمایید : مساحت استخر /
ظرفیت استخر / تعداد نجات غریق / امکانات موجود در استخر :
- در صورتی که واحد اقامتی دارای مجموعه ورزشی بوده و تمایل به بیمه نمودن آن دارید قسمت ذیل را تکمیل نمایید :
حداکثر ظرفیت مجموعه ورزشی / رشته های ورزشی مورد فعالیت :
- آیا ساختمان واحد اقامتی دارای امکانات اطفاء حریق می باشد؟ بلی ☐ خیر ☐
- وسایل و امکانات کمک های اولیه موجود در محل مورد بیمه :
- نام و فاصله نزدیک ترین بیمارستان یا مرکز درمانی تا محل مورد بیمه :



بیمه دانا

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران هتل و مهمان پذیرها
در قبال مشتریان

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

شماره فرم: DL - FR-751-55

صفحه: ۲ از ۲

پوشش‌های اضافی مورد درخواست بیمه گذار

(۱) پوشش بیمه‌ای مازاد بر یک دیه (دیه دوم): ☐

بر اساس این پوشش، مسئولیت بیمه گذار در قبال جبران مبلغ ریالی خسارات بدنی اشخاص ثالث بیش از ۱۰۰ درصد دیه ماه‌های عادی حداکثر تا سقف یک دیه ماه عادی سال صدور بیمه نامه در تعهد بیمه گر می باشد.

(۲) پوشش افزایش مبلغ ریالی دیه :

بر اساس این پوشش، افزایش مبلغ دیه از تاریخ شروع پوشش بیمه برای یک سال / دو سال / سه سال در تعهد بیمه گر خواهد بود. مشروط بر آنکه ناشی از تاخیر در تسلیم رأی مراجع قضائی به بیمه گر نباشد.

یک سال ☐ دو سال ☐ سه سال ☐

(۳) پرداخت خسارت بدون رای دادگاه : ☐

بر اساس این پوشش، مسئولیت مدنی بیمه گذار در اثر حادثه موضوع بیمه، در صورت احراز مسئولیت وی توسط بیمه گر بدون نیاز به ارائه رای دادگاه قابل بررسی و جبران می باشد.

(۴) جبران هزینه های پزشکی با اعمال تعرفه بخش خصوصی: ☐

بر اساس این پوشش، بیمه گر متعهد می گردد هزینه های پزشکی ناشی از حادثه موضوع بیمه را بر اساس صورتحساب های معتبر مراکز درمانی (بخش خصوصی) و حداکثر تا مبلغ تعهد مندرج در جدول مشخصات بیمه نامه پرداخت نماید.

مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

مدت بیمه‌نامه: روز تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / / ۱ تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴ روز / / ۱

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)	
خسارت مالی در هر حادثه (صرفا حوادث پارکینگ)	
خسارت مالی در طول مدت (صرفا حوادث پارکینگ)	

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 می‌نمایم 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):