



بیمه دانا

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران رستوران و سالن های پذیرائی

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 رستوران / سالن پذیرایی :
- تاریخ تاسیس :
- نوع مالکیت: دولتی ☐ خصوصی ☐ / استیجاری ☐
- مساحت کل رستوران / سالن پذیرایی به متر مربع :
- ساعت کار رستوران / سالن پذیرایی : از ساعت لغایت
- میانگین تعداد مشتریان در یک روز عادی نفر / در یک روز تعطیل نفر
- ظرفیت رستوران / سالن پذیرایی : صندلی
- *در صورتی که رستوران سنتی می باشد تعداد تخت ها و ظرفیت کل اعلام گردد :
- آیا محل مورد بیمه تحت پوشش بیمه آتش سوزی می باشد : بلی ☐ خیر ☐
- آیا ساختمان رستوران / سالن پذیرایی دارای امکانات اطفاء حریق می باشد؟ بلی ☐ خیر ☐
- امکانات ایمنی موجود در محل رستوران / سالن پذیرایی :
- نام و فاصله نزدیک ترین بیمارستان یا مرکز درمانی تا محل مورد بیمه :



بیمه دانا

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران رستوران و سالن های پذیرائی

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): ☐
براساس این پوشش، مسئولیت بیمه گذار در قبال جبران مبلغ ریالی خسارات بدنی اشخاص ثالث بیش از ۱۰۰ درصد دیه ماه های 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 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 (نمابندگی / شعبه):