



پرسشنامه بیمه مسؤلیت مدنی مدیران رستورانها

مشخصات متقاضی

										کد ملی										خانم/ آقای																			
										شماره شناسنامه :										تاریخ تولد / / ۱۳																			
										شناسه اقتصادی										شناسه ملی																			
										کد پستی :										آدرس پستی :																			
										همراه										نمبر										تلفن									

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 مسؤلیت 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 :

۲) ظرفیت رستوران: نفر.

تعهدات درخواستی

ریال	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

مدت بیمه نامه

پوشش بیمه ای به مدت روز ، از ساعت ۲۴ مورخ لغایت ساعت ۲۴ مورخ ۱۳ 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، مسؤلیت 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