

شماره پیشنهاد:	نام و کد شعبه:	نام و کد نماینده / کارگزار:	تاریخ درخواست:
پیشنهاد	نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده: _____ کد اختصاصی بیمه‌گذار: _____		
قرارداد	چنانچه قرارداد یا تفاهم‌نامه‌ای جداگانه‌ای برای پیشنهاد فوق منعقد گردیده است موارد زیر را تکمیل نمایید: عنوان قرارداد/ تفاهم‌نامه: _____ شماره قرارداد/ تفاهم‌نامه: _____ تاریخ عقد قرارداد/ تفاهم‌نامه: _____		
موضوع بیمه‌نامه	موضوع این بیمه‌نامه عبارت است از بیمه مسئولیت مدنی بیمه‌گذار که بر اساس آن بیمه‌گر متعهد می‌گردد در ازای انجام تعهدات و وظایف بیمه‌گذار و پرداخت حق بیمه در موعد مقرر، خسارت وارده به استفاده‌کنندگان از واحدهای اقامتی در محدوده مکانی و زمانی مندرج در بیمه‌نامه که ناشی از فعالیت بیمه‌گذار و کارکنان وی باشد را پس از احراز مسئولیت بیمه‌گذار توسط رأی مراجع قضایی یا نظریه کارشناس بیمه‌گر بر اساس شرایط و استثنائات این بیمه‌نامه و اوراق پیوست جبران نماید.		
مشخصات بیمه‌گذار	بیمه‌گذار حقیقی		بیمه‌گذار حقوقی
	نام و نام خانوادگی: _____ کد ملی: _____ شماره شناسنامه: _____ تلفن تماس (ثابت): _____ آدرس محل سکونت: _____	نام شرکت: _____ شناسه ملی: _____ کد اقتصادی: _____ تلفن تماس (ثابت): _____ نمایر: _____ آدرس: _____	نام و نام خانوادگی: _____ کد ملی: _____ شماره شناسنامه: _____ تلفن تماس (ثابت): _____ آدرس محل سکونت: _____
مشخصات واحد اقامتی	نام و نشانی فروشگاه (نشانی باید ختم به پلاک / پلاک ثبتی یا کد پستی باشد): نوع واحد اقامتی: مهمانسرا - مسافرخانه - هاستل - اقامتگاه‌های بوم‌گردی <input type="checkbox"/> متل - هتل پانسیون - هتل آپارتمان هتل <input type="checkbox"/> درجه یا تعداد ستاره هتل <input type="checkbox"/> ظرفیت کل واحد اقامتی (تعداد تخت): _____ در صورتی که ظرفیت واحد اقامتی بر اساس تخت قابل محاسبه نباشد، متوسط ضریب اشغالی روزانه در سال گذشته را بیان فرمایید: آیا درخواست پوشش مسئولیت کارکنان را دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر آیا واحد اقامتی دارای رستوران یا تالار می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر آیا واحد اقامتی دارای سالن ورزشی جهت استفاده‌ی عموم می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر نوع ورزش‌هایی که در سالن ورزشی انجام می‌گردد، را اعلام نمایید. آیا مایل به اخذ پوشش آسانسور می‌باشید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر ظرفیت آسانسور: _____ نفر آیا مایل به اخذ پوشش استخر و سونا می‌باشید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر مساحت استخر _____ مساحت سونا _____ تعداد غریق نجات _____ نفر آیا مایل به اخذ پوشش پارکینگ می‌باشید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر ظرفیت پارکینگ _____ ماشین آیا قسمت پذیرش واحد اقامتی مجهز به سیستم ورود و خروج کامپیوتری می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
سابقه بیمه‌ای و خسارات	طی یک سال گذشته پوشش بیمه مسئولیت داشته‌اید؟ در صورت مثبت بودن شماره بیمه‌نامه و بیمه‌گر قبلی خود را مرقوم فرمایید. شرکت بیمه سال قبل: _____ شماره بیمه‌نامه سال قبل: _____ آیا در ۵ سال گذشته، در رابطه با مسئولیت حرفه‌ای شما از جانب مراجعین، ادعایی علیه شما در مراجع قضایی یا خارج از مراجع قضایی مطرح گردیده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر (در صورت مثبت بودن پاسخ، شرح کاملی از علت، نوع حادثه، تاریخ و مبلغ خسارت را ذکر نمایید).		
تایید بیمه‌گذار	شرح خسارت توسط بیمه‌گذار: _____ _____		
مهر و امضاء و اثر انگشت پیشنهاد دهنده:	امضاء و توضیحات کارشناس صدور:		

- ۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه عادی _____ ریال
- ۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه حرام _____ ریال
- ۳- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه _____ ریال
- ۴- تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه _____ ریال
- ۵- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه _____ ریال
- ۶- حداکثر تعهد مالی در هر حادثه _____ ریال
- ۷- حداکثر تعهد مالی در طول مدت بیمه نامه _____ ریال

آیا مایل به خرید پوشش های اضافی ذیل می باشید؟*** پرداخت خسارت بدون رای دادگاه**بله خیر

غرامت فوت بر مبنای قصور بیمه گذار و حداکثر تا میزان مندرج در جدول تعهدات بیمه نامه یا معادل ریالی ارزاترین نوع دیه رایج، هر کدام که کمتر باشد محاسبه می گردد. درصدهای نقص عضو با نظر پزشک معتمد بیمه گر تعیین و بر مبنای درصدهای مشخص شده و میزان قصور بیمه گذار و حداکثر تا سرمایه مندرج در جدول تعهدات بیمه نامه و یا معادل ریالی ارزاترین نوع دیه رایج هر کدام که کمتر باشد محاسبه و پرداخت می گردد.

*** جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه**بله خیر

هزینه های پزشکی موضوع بیمه براساس صورتحساب های معتبر مراکز درمانی تاسقف تعهدات هزینه پزشکی بیمه نامه بدون اعمال تعرفه جبران می گردد.

*** پوشش افزایش ریالی دیه**بله خیر

به موجب این کلوژ، تعهد بیمه گر جهت افزایش دیه روز و حداکثر به میزان بار افزایش دیه به نسبت تعهدات مندرج در بیمه نامه که توسط مراجع قضایی تعیین می گردد، خواهد بود.

*** غرامت نقص عضو مازاد بر دیه اول (با سرمایه _____ ریال)**بله خیر

مسئولیت بیمه گذار در قبال جبران غرامت نقص عضو مازاد بر میزان مندرج در بیمه نامه تحت پوشش می باشد. حداکثر سرمایه مورد تعهد دیه مصوب ماه عادی می باشد.

*** حذف فرانشیز غرامت هزینه پزشکی**بله خیر

هزینه های پزشکی موضوع بیمه نامه بدون اعمال فرانشیز حداکثر تا مبلغ تعهدات بیمه نامه جبران می گردد.

مدت بیمه نامه: _____ روز از تاریخ: _____ تا تاریخ: _____
تذکر: محاسبه حق بیمه در بیمه نامه های کمتر از یک سال طبق تعرفه ی کوتاه مدت انجام می گیرد.

نحوه پرداخت حق بیمه: نقد اقساط:
شرح اقساط: _____ درصد معادل _____ ریال به صورت نقد و مابقی در _____ قسط متوالی مساوی ماهانه شروع و اعتبار پوشش بیمه ای و اجرای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه به ترتیبی است که در شرایط خصوصی و اعلامیه بدهکار بیمه نامه پیش بینی شده است در غیر این صورت خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی به حق بیمه ای که باید پرداخت می شود، محاسبه می گردد. جهت اعتبار بیمه نامه انجام تعهدات از سوی بیمه گذار مقدم بر انجام تعهدات از سوی شرکت بیمه می باشد.

توضیحات تکمیلی بیمه گذار: _____

اینجانب _____ بدینوسیله تایید می نمایم که کلیه اطلاعاتی را که در خصوص مورد بیمه در ارزیابی خطر موثر است در زمان عقد قرارداد یا در جریان آن (اعم از اینکه این اطلاعات در فرم پیشنهاد درخواست شده باشد یا خیر)، باکمال صداقت و درستی اظهار نمایم به طوری که بیمه گر با بهره گیری از این اطلاعات بتواند اهمیت خطری را که مورد پوشش قرار می دهد را تشخیص دهد. موافقت می گردد این پرسشنامه و شرایط عمومی ابلاغی بیمه مرکزی اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. امضای این برگه بدون صدور بیمه نامه به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و پیشنهاد دهنده نمی باشد.

نام و نام خانوادگی / مهر / امضاء / اثر انگشت بیمه گذار: _____ تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد: _____

امضاء و توضیحات کارشناس صدور:

مهر و امضای معرف: