

شماره پیشنهاد:	نام و کد شعبه:	نام و کد نماینده / کارگزار:	تاریخ درخواست:
پیشنهاد	نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده: _____ کد اختصاصی بیمه گذار: _____		
قرارداد	چنانچه قرارداد یا تفاهم نامه ای جداگانه ای برای پیشنهاد فوق منعقد گردیده است موارد زیر را تکمیل نمایید: عنوان قرارداد/ تفاهم نامه: _____ شماره قرارداد/ تفاهم نامه: _____ تاریخ عقد قرارداد/ تفاهم نامه: _____		
موضوع بیمه نامه	موضوع بیمه عبارت است از بیمه مسولیت مدنی بیمه گذار که بر اساس آن بیمه گر متعهد می گردد در ازای انجام تعهدات و وظایف بیمه گذار و پرداخت حق بیمه در موعد مقرر، صدمات جسمانی وارده به مراجعه کنندگان و مشتریان در محدوده مکانی و زمانی مندرج در بیمه نامه که ناشی از فعالیت بیمه گذار و یا کارکنان وی باشد را پس از احراز مسولیت طبق رأی مراجع قضایی یا نظر کارشناس بیمه گر با در نظر گرفتن شرایط و استثنائات مندرج در این بیمه نامه و اوراق پیوست جبران نماید.		
مشخصات بیمه گذار	بیمه گذار حقیقی		بیمه گذار حقوقی
	نام و نام خانوادگی: _____ کد ملی: _____ شماره شناسنامه: _____ تلفن تماس (ثابت): _____ آدرس محل سکونت: _____	نام شرکت: _____ شناسه ملی: _____ کد اقتصادی: _____ تلفن تماس (ثابت): _____ نمابر: _____ آدرس دفتر مرکزی: _____	نام شرکت: _____ شناسه ملی: _____ کد اقتصادی: _____ تلفن تماس (ثابت): _____ نمابر: _____ آدرس دفتر مرکزی: _____
مشخصات رستوران	نام و نشانی رستوران (نشانی باید ختم به پلاک / پلاک ثبتی یا کدپستی باشد): نوع سالن: _____ رستوران <input type="checkbox"/> تالار <input type="checkbox"/> کافی شاپ <input type="checkbox"/> نوع مالکیت: _____ دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> سال تاسیس: _____ ساعت کاری: _____ از _____ تا _____ حداکثر ظرفیت رستوران / تالار پذیرایی / کافی شاپ: _____ صندلی میانگین مراجعین روزانه مجتمع رفاهی چند کاربری: _____ نفر آیا رستوران / تالار پذیرایی / کافی شاپ دارای سیستم اطفاء حریق می باشد؟ آیا مایل به اخذ پوشش آسانسور می باشید؟ ظرفیت آسانسور: _____ نفر آیا مایل به اخذ پوشش پله برقی می باشید؟ تعداد پله برقی: _____ آیا مایل به اخذ پوشش پارکینگ می باشید؟ ظرفیت پارکینگ: _____ خودرو سایر امکانات رفاهی مجتمع را ذکر نمایید آیا رستوران / تالار پذیرایی / کافی شاپ / مجتمع رفاهی دارای پوشش بیمه آتش سوزی می باشد؟ وسایل و تجهیزات ایمنی مورد بیمه: _____ کپسول آتش نشانی <input type="checkbox"/> جعبه کمک های اولیه <input type="checkbox"/> سایر تجهیزات ایمنی: _____		
سابقه بیمه ای و خسارات	طی یک سال گذشته پوشش بیمه مسولیت داشته اید؟ در صورت مثبت بودن شماره بیمه نامه و بیمه گر قبلی خود را مرقوم فرمایید. شرکت بیمه سال قبل: _____ شماره بیمه نامه سال قبل: _____ آیا در ۵ سال گذشته، در رابطه با مسولیت حرفه ای شما از جانب مراجعین، ادعایی علیه شما در مراجع قضایی یا خارج از مراجع قضایی مطرح گردیده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت مثبت بودن پاسخ، شرح کاملی از علت، نوع حادثه، تاریخ و مبلغ خسارت را ذکر نمایید).		
تایید بیمه گذار	شرح خسارت توسط بیمه گذار: _____ امضاء و توضیحات کارشناس صدور: _____ مهر و امضاء و اثر انگشت پیشنهاد دهنده: _____		

- 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 (صرفاً پارکینگ) \_\_\_\_\_ ریال
- ۷- حداکثر تعهد مالی در طول مدت بیمه نامه (صرفاً پارکینگ) \_\_\_\_\_ ریال

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

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.

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

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

بله  خیر **\* پوشش افزایش ریالی دیه**

به موجب این کلوز، 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.

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

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.

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

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 ای 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 شد، 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: