



پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مدیران واحدهای اقامتی

مشخصات متقاضی

شخص حقیقی		خانم / آقای		کد ملی	
تاریخ تولد		۱۳ / /		شماره شناسنامه :	
شخص حقوقی		☐ خصوصی ☐ دولتی		شرکت / موسسه	
شناسه ملی				شناسه اقتصادی	
آدرس:					
تلفن		نمبر		همراه	

اطلاعات فعالیت

(۱) نام واحد اقامتی: • آدرس

(۲) سال تأسیس واحد اقامتی / / ۱۳ • درجه • تعداد طبقات طبقه • تعداد آسانسورها دستگاه

(۳) تعداد اتاق : اتاق • ظرفیت کل واحد اقامتی (تعداد تخت) : تخت • تعداد سوئیت، ویلا، آپارتمان : دستگاه

(۴) محل دارای بیمه نامه آتش سوزی می باشد ☐ • در صورت مثبت بودن پاسخ : نام شرکت بیمه گر: تاریخ انقضاء:

(۵) آیا پوشش بیمه ای جهت پارکینگ واحد اقامتی مورد نیاز است؟ ☐ بله ☐ خیر • در صورت مثبت بوده پاسخ، ظرفیت پارکینگ را درج نمایید:

(۶) متوسط ضریب اشتغالی طی سال گذشته : ☐ ۶۰ درصد ☐ ۷۰ درصد ☐ ۸۰ درصد ☐ ۹۰ درصد ☐ ۱۰۰ درصد ☐ درصد

(۷) امکانات واحد اقامتی را مشخص نمایید : ☐ دارای صندوق امانت ☐ پذیرش مجهز به سیستم کامپیوتری
☐ دارای امکانات و فوریتهای پزشکی ☐ دارای امکانات اطفاء حریق

در صورت مثبت بودن پاسخ، امکانات موجود را به اختصار توضیح دهید :

تعهدات درخواستی

حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه به مبلغ	ریال
حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه برای کل 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	ریال
حداکثر تعهد مالی در هر حادثه به مبلغ	ریال
حداکثر تعهد مالی در طول مدت بیمه نامه برای کل اشخاص به مبلغ	ریال

مدت بیمه نامه

پوشش بیمه ای به مدت روز، از ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳ تا ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳ درخواست می گردد.

این پرسشنامه به درخواست اینجانب تکمیل و با امضای آن ضمن تصدیق صحت 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 واقع و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن مطابق مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه متوجه اینجانب می باشد.

تاریخ تکمیل	/ / ۱۳	نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده :	مهر و امضاء نمایندگی :
		مهر و امضاء	