



« سهامی عام »

[www.BimehAsia.ir](http://www.BimehAsia.ir)

Email: Masouliat@BimehAsia.ir

### پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

### مدیران رستوران، کافی شاپ و تالار پذیرایی

### در قبال مراجعین

• تهران، خیابان آیت اله طالقانی، حدفاصل خیابان  
ولیعصر و خیابان حافظ، ساختمان شماره ۴۰۴

• تلفن: ۱۲ و ۶۶۹۷۷۱۱۱

• فاکس: ۶۶۹۷۷۲۰۶

• کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

از شرکت بیمه آسیا (سهامی عام) درخواست می‌گردد بیمه‌نامه مسئولیت مدنی مدیران رستوران، کافی شاپ و تالار پذیرایی در قبال مراجعین را بر اساس مندرجات این پیشنهاد به مدت ..... روز از ساعت ۲۴ مورخ ..... تا ساعت ۲۴ مورخ ..... صادر نماید.

مشخصات بیمه گذار

نام بیمه‌گذار: ..... شماره ملی: ..... کد اقتصادی: ..... شماره پرسنلی: .....  
آدرس بیمه‌گذار: ..... کد پستی: .....  
نشانی محل مورد بیمه: ..... کد پستی: .....  
شماره مجوز: ..... شماره تلفن همراه: .....

مشخصات واحد صدور

نام نمایندگی: ..... کد: ..... واحد صدور: .....  
نام کارگزاری: ..... کد: ..... واحد صدور: .....  
بیمه‌نامه تمدیدی است یا خیر؟ (نزد کدام شرکت): ..... شماره بیمه‌نامه سال قبل: .....  
شماره پروانه بهره برداری: .....

مشخصات بیمه نامه

نوع مجموعه:  رستوران  کافی شاپ  تالار پذیرایی  سایر: .....

نام مجموعه: ..... تاریخ تاسیس: ...../...../.....

نوع مالکیت:  دولتی  خصوصی

ظرفیت مجموعه: ..... صندلی

آیا تمایل به اخذ پوشش مسئولیت کارفرما در مقابل کارکنان را دارید؟  بلی  خیر

آیا تمایل به اخذ پوشش آسانسور دارید؟  بلی  خیر

آیا تاکنون بیمه‌نامه‌ای برای این فعالیت داشته‌اید:  بلی  خیر

آیا مجموعه دارای پوشش بیمه آتش سوزی می‌باشد؟  بلی  خیر

نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه نامه: .....

تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت، نقص عضو، هزینه پزشکی یا خسارت مالی گردیده است:

فوت: ..... نفر طی ..... حادثه

نقص عضو: ..... نفر طی ..... حادثه

هزینه پزشکی: ..... نفر طی ..... حادثه

خسارت مالی: ..... ریال

تیمهای در خواستی

۱ - غرامت فوت، صدمه جسمی و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی برای هر نفر در هر حادثه در ماه‌های عادی حداکثر: ..... مبلغ ..... ریال

۲ - غرامت فوت، صدمه جسمی و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی برای هر نفر در هر حادثه در ماه‌های حرام حداکثر: ..... مبلغ ..... ریال

۳ - حداکثر تعهد بیمه‌گر برای فوت، صدمه جسمی و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی در طول مدت بیمه نامه: ..... مبلغ ..... ریال

۴ - هزینه پزشکی ناشی از حادثه موضوع این بیمه‌نامه برای هر نفر در هر حادثه: ..... مبلغ ..... ریال

۵ - حداکثر تعهد بیمه‌گر برای هزینه‌های پزشکی در طول مدت بیمه نامه: ..... مبلغ ..... ریال

۶ - حداکثر تعهد بیمه‌گر برای خسارات مالی در هر حادثه: ..... مبلغ ..... ریال

۷ - حداکثر تعهد بیمه‌گر برای خسارات مالی در طول مدت بیمه نامه: ..... مبلغ ..... ریال

□ پوشش شماره ۴ : پوشش خسارت بدون رای دادگاه

□ پوشش شماره ۶ : پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه

□ پوشش شماره ۱۰ : پوشش بیمه ای مزاد بر یک دیه (با سرمایه) :

□ ریال ۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۴	□ ریال ۱۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۳	□ ریال ۹۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۲	□ ریال ۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۱
□ ریال ۲۷۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۸	□ ریال ۲۴۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۷	□ ریال ۲۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۶	□ ریال ۱۸۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۵
□ ریال ۳۹۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۱۲	□ ریال ۳۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۱۱	□ ریال ۳۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۱۰	□ ریال ۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۹
□ ریال ۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۱۶	□ ریال ۴۸۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۱۵	□ ریال ۴۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۱۴	□ ریال ۴۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۰/۱۳

□ پوشش شماره ۱۲ : پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی دیه (با سرمایه) :

□ ریال ۸۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۲/۴	□ ریال ۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۲/۳	□ ریال ۴۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۲/۲	□ ریال ۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۲/۱
□ ریال ۱۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۲/۸	□ ریال ۱۴۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۲/۷	□ ریال ۱۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۲/۶	□ ریال ۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۲/۵
		□ ریال ۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۲/۱۰	□ ریال ۱۸۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ - ۱۲/۹

□ پوشش شماره ۲۰ : پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال فرانشیز

سایر پوشش های مورد درخواست: .....

اینجانب ..... تعهد می نمایم که:

۱. به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران رستوران، کافی شاپ و تالار پذیرایی در قبال مراجعین می باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه نامه صادره، مسئول جبران خسارت خواهد بود.

۲. کلیه قوانین مربوط به مبارزه با پولشویی را رعایت نمایم.

تاریخ تکمیل پیشنهاد: مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری: نام / مهر و امضاء بیمه گذار:  
تلفن تماس: تاریخ: