



پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مدیران واحدهای اقامتی

متقاضی محترم با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می گردد. خواهشمند است به کلیه پرسشهای مطروحه زیر بطور دقیق و کامل پاسخ دهید.

نام و کد معرف :	
۱- مشخصات متقاضی :	
۱/۱- نام واحد اقامتی :	۱/۲- شناسه ملی واحد اقامتی :
۱/۳- نام و نام خانوادگی مدیر واحد اقامتی :	۱/۴- کد ملی :
۱/۵- نشانی واحد اقامتی :	
تلفن ثابت :	دور نگار :
کدپستی :	
۲- مشخصات واحد اقامتی :	
۲/۱- سال تاسیس :	۲/۲- تاریخ و شماره پروانه بهره برداری :
۲/۳- درجه واحد :	۲/۴- ظرفیت (تعداد تخت) :
۲/۵- تعداد طبقات ساختمان :	۲/۶- تعداد اتاق :
۲/۷- تعداد سوئیت ، ویلا و آپارتمان :	۲/۸- تاریخ آخرین تعمیرات اساسی ساختمان :
۲/۹- تعداد و ظرفیت آسانسورها :	۲/۱۰- مساحت و ظرفیت پارکینگ :
۲/۱۱- تعداد استفاده کنندگان از واحد اقامتی به صورت روزانه ' ماهانه و سالانه ؟	
روزانه نفر	ماهانه نفر
سالانه نفر	
۲/۱۲- واحد اقامتی دارای چه امکاناتی می باشد ؟ توضیح دهید	
استخر <input type="checkbox"/> سونا و جکوزی <input type="checkbox"/> سالن ورزشی <input type="checkbox"/> کافی شاپ <input type="checkbox"/> صندوق نگهداری و امانات <input type="checkbox"/> محل بازی کودکان <input type="checkbox"/>	
سایر :	
۲/۱۳- آیا ساختمان واحد اقامتی و امکانات آن از استانداردهای فنی و بهداشتی مناسبی برخوردار است؟ مختصراً" توضیح دهید	
۲/۱۴- آیا قسمت پذیرش واحد اقامتی مجهز به سیستم کامپیوتری می باشد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲/۱۵- آیا وسایل و فوریتهای پزشکی لازم برای مواقع اضطراری در واحد اقامتی موجود است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲/۱۶- آیا ساختمان واحد اقامتی دارای امکانات اطفاء حریق می باشد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت پاسخ مثبت شرح دهید)	
۲/۱۷- آیا از امکانات واحد اقامتی (نظیر استخر ، رستوران ، کافی شاپ ، سالن ورزشی) افراد دیگری به غیر از مهمانان نیز استفاده میکنند؟	
۳- سوابق بیمه ای	
۳/۱- آیا ساختمان واحد اقامتی تحت پوشش بیمه نامه آتش سوزی ، صائقه ، طوفان و زلزله می باشد؟	
نزد کدام شرکت بیمه ؟	تاریخ پایان اعتبار بیمه نامه :
۳/۲- آیا در طول سه سال اخیر خسارتی ناشی از مسئولیت مدیر واحد اقامتی به میهمانان وارد آمده است ؟	
لطفاً تعداد ، نوع خسارت و مبالغ پرداختی را مشخص فرمائید.	

۴- مدت و میزان تعهدات مورد درخواست:

ریال	۴/۱- تعهدات بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه
ریال	۴/۲- حداکثر تعهدات بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه نامه
ریال	۴/۳- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی
ریال	۴/۴- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام
ریال	۴/۵- حداکثر تعهدات بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه
ریال	۴/۶- تعهدات بیمه گر برای جبران خسارت مالی در هر حادثه
ریال	۴/۷- حداکثر تعهدات بیمه گر برای جبران خسارت مالی در طول مدت بیمه نامه
۴/۸- مدت زمان پوشش بیمه ای مورد درخواست ماه می باشد.	

اینجانب بدینوسیله اعلام میدارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است . همچنین موافقت می شود که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.

نام و امضای متقاضی :

تاریخ :