



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران آرایشگاه ها در
قبال مراجعه کنندگان

شناسه مدرک: PI-4520-FR-110

شماره بازنگری: 02

بیمه گذار مشخصات	نام بیمه گذار:	کد ملی / شناسه ملی:	کد نمایندگی:
	تاریخ تولد / تاسیس:	کد پستی:	خانم / آقای:
	نشانی:	تلفن همراه:	کار گزار:
	تلفن ثابت:	نمبر:	واحد صدور:
مدت	مدت بیمه نامه: روز/ سال. تاریخ شروع بیمه نامه: از ساعت ۲۴ مورخ تاریخ پایان بیمه نامه تا ساعت ۲۴ مورخ		
مشخصات مورد بیمه	نام و نشانی مورد بیمه:		
	نام مدیر: سابقه مدیریت: سال. سال تاسیس:		
	نوع مالکیت: <input type="checkbox"/> صاحب مورد بیمه <input type="checkbox"/> استیجاری متوسط مراجعین در یک روز نفر.		
	نوع کاربری مورد بیمه: <input type="checkbox"/> آرایشگاه مردانه <input type="checkbox"/> آرایشگاه زنانه تعداد صندلی های کار:		
	خدمات قابل ارایه در مورد بیمه (آرایشگاه) عبارتند از:		
	<input type="checkbox"/> خدمات مربوط به ناخن <input type="checkbox"/> خدمات مو و مژه <input type="checkbox"/> سولاریوم <input type="checkbox"/> انواع تتو <input type="checkbox"/> اپیلاسیون <input type="checkbox"/> سایر:		
	تعداد کارکنان: نفر. ساعت کار مورد بیمه: از ساعت: لغایت روزهای کاری:		
	آیا مورد بیمه مجهز به سیستم اعلام و اطفاء حریق می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
	آیا در صورت بروز حادثه در محل مورد بیمه، امکانات کمک های اولیه وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
سوابق خسارت	شماره بیمه نامه سال قبل: نام بیمه گر قبلی: آمار خسارت از سه سال گذشته تاکنون:		
	تاریخ حادثه	تعداد	نوع حادثه (فوت / نقص عضو و ...)
			مبلغ خسارت (ریال)
			علت / مقصر حادثه
میزان تعهدات درخواستی	الف: در هر حادثه		ب: در طی دوره بیمه نامه
	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه های عادی: ریال.		حداکثر تعهد فوت و نقص عضو: ریال.
	حداکثر تعهد فوت برای هر نفر در ماه های حرام: ریال.		حداکثر تعهد هزینه های پزشکی: ریال.
	حداکثر تعهد هزینه های پزشکی برای هر نفر: ریال.		
تاییدیه بیمه گذار	اینجانب به عنوان بیمه گذار / نماینده بیمه گذار تعهد می نمایم که اظهارات درج شده در این پیشنهاد بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران آرایشگاه ها در قبال مراجعه کنندگان تنظیم گردیده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند مطابق مقررات رفتار نماید. از این رو موافقت می گردد این پیشنهاد مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد.		
	تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد: نام و نام خانوادگی، امضاء و مهر بیمه گذار:		
این قسمت توسط نمایندگی / واحد صدور تکمیل می گردد:			
مهر و امضاء و کد نمایندگی / واحد صدور:		تاریخ دریافت پیشنهاد:	