

مشخصات بیمه گذار

نام بیمه گذار: کد ملی / شناسه ملی: شماره ثبت:

تاریخ تولد / ثبت: / / کد اقتصادی:

نشانی:

کد پستی: تلفن: تلفن همراه: پست الکترونیک:

نشانی شهربازی:
تعداد دستگاه های موجود در شهربازی: دستگاه. مساحت شهربازی: مترمربع. روباز/ روبسته:
لطفاً مشخصات فنی کلیه دستگاهها شامل سال ساخت و نام کشور سازنده و ... را مطابق با جدول زیر اعلام نمایید.

ردیف	نام دستگاه	سال ساخت	کشور سازنده	ظرفیت	ارتفاع از سطح زمین	تعداد دستگاه	تاریخ سرویس دستگاه

مَشْخَصَات فَعَالِيَت بِيَمَه گَذار

آیا به غیر از استفاده کنندگان از دستگاه‌ها، سایر مراجعین نیز پوشش داشته باشند؟ ☐ خیر ☐ بلی

آیا شهربازی دارای قرارداد سرویس و نگهداری معتبر است؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا دستگاه های مستقر در شهربازی گواهی استاندارد دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا در محوطه شهربازی، درمانگاه یا اورژانس وجود دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر

سایر امکانات رفاهی و تجهیزات ایمنی و حفاظتی شهربازی:

نام شرکت طرف قرارداد:

سال اخذ گواهی:

آیا محوطه شهربازی امکانات اطفای حریق دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا تمایل به تحت پوشش قرار دادن سایر فعالیت‌های موجود در محوطه مورد بیمه دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نوع فعالیت قید گردد.

در صورت تمایل، به پوشش محوطه بارکینگ اختصاصی، ظرفیت و تعهدات مالی، درخواست به تفکیک هر حادثه و در طول مدت در قسمت «سایر اطلاعات بیمه‌ای مرتبط» قید گردد.

پوشش های تکمیلی

مورد درخواست

آیا مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر هستید؟

☐ بلی ☐ خیر
 پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه.

☐ بلی ☐ خیر
 پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه.

☐ بلی ☐ خیر
 هزینه کارشناسی در هر حادثه.

☐ بلی ☐ خیر
 پوشش تعدد دیات و دیات غیرمصری در هر حادثه.

☐ بلی ☐ خیر
 پوشش افزایش ریالی دیه در سال های بعد

☐ سه بار ☐ دوبار ☐ یک بار

آیا در سه سال گذشته حوادث منجر به فوت، صدمه بدنی و یا هزینه های پزشکی در ارتباط با نوع فعالیت مورد درخواست پیش آمده است ؟ ☐ بلی ☐ خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل شود.

تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد صدمه بدنی	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)

آیا بیمه گذار، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر

لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه نامه را اعلام فرمائید.

مدت بیمه: روز از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز

در هر حادثه:

حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش هر نفر: ریال.

حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه فوت هر نفر در ماه های حرام: ریال.

حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر: ریال.

در طی دوره بیمه:

حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش: ریال.

حداکثر تعهد هزینه پزشکی: ریال.

چنانچه علاوه بر موارد فوق، اطلاعات دیگری می تواند بیمه گر را در ارزیابی دقیق ریسک راهنمایی نماید، لطفاً مرقوم فرمائید.

بیمه ای مرتبط

تعدادات بیمه گر

مدت

همچنین اعلام می دارد اظهارات یاد شده بر اساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام شده است، از این رو موافقت می شود این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد و تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه تعیین شده اقدام شود.

تاریخ تکمیل: نام و امضاء نماینده /کارگزار بیمه: نام و امضاء بیمه گذار:

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