

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی  
مدیران سالن های سینما و تئاتر



قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما بر اساس اطلاعات مندرج در این برگ صادر می شود؛ خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمائید.

|  |     |             |            |               |                                |
|--|-----|-------------|------------|---------------|--------------------------------|
| <p>نام بیمه گذار: ..... کد ملی / شناسه ملی: ..... شماره ثبت: .....</p> <p>تاریخ ثبت / تولد: ..... / ..... / ..... کد اقتصادی: .....</p> <p>نشانی: .....</p> <p>کد پستی: ..... تلفن: ..... تلفن همراه: ..... پست الکترونیک: .....</p>   |     |             |            |               | مشخصات بیمه گذار               |
| <p>نام سینما / سالن تئاتر: .....</p> <p>نشانی محدوده مکانی موضوع بیمه: .....</p>   |     |             |            |               |                                |
| شماره سالن   | نام | سابقه تأسیس | تعداد سانس | ظرفیت هر سانس | مشخصات سینما یا سالن های نمایش |
|  |     |             |            |               |                                |
|  |     |             |            |               |                                |
|  |     |             |            |               |                                |
|  |     |             |            |               |                                |
|  |     |             |            |               |                                |
|  |     |             |            |               |                                |
|  |     |             |            |               |                                |
| <p>لطفاً امکانات تفریحی موجود در محل مورد بیمه را مانند رستوران، کافه، ورزشگاه، پارکینگ اختصاصی و ... را اعلام فرمائید.</p> <p>در صورت تمایل به پوشش محوطه پارکینگ اختصاصی، ظرفیت و تعهدات مالی در خواستی به تفکیک هر حادثه و در طول مدت در قسمت «سایر اطلاعات بیمه ای مرتبط» قید گردد.</p> <p>لطفاً امکانات ایمنی موجود در محل سالن های سینما / تئاتر (اعلام حریق، اطفای حریق و ...) را به تفصیل توضیح دهید.</p>  |     |             |            |               | مورد درخواست                   |
| <p>آیا مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر هستید؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه.</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه.</p> <p>ریال ..... هزینه کارشناسی در هر حادثه ..... ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه ..... ریال.</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش تعدد دیات و دیات غیرمصری در هر حادثه ..... ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه ..... ریال.</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش افزایش ریالی دیه در سال های بعد    یک بار <input type="checkbox"/> دو بار <input type="checkbox"/> سه بار <input type="checkbox"/></p> |     |             |            |               |                                |

آیا در سه سال گذشته حوادث منجر به فوت، صدمه بدنی، هزینه های پزشکی یا خسارت مالی 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 | تعداد خسارت مالی | مبلغ خسارت (ریال) |
|-------------|-----------|-----------|-----------------|-------------------|------------------|-------------------|
|             |           |           |                 |                   |                  |                   |
|             |           |           |                 |                   |                  |                   |
|             |           |           |                 |                   |                  |                   |
|             |           |           |                 |                   |                  |                   |

سابقه بیمه ای

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

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

تعهدات بیمه گر

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.

سایر اطلاعات بیمه ای مرتبط

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

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.

نام و امضاء بیمه گذار:

نام و امضاء نماینده / کار گزار بیمه:

تاریخ تکمیل:

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