ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲،
تلفن: ۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱، نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران شهر بازی در قبال استفاده کنندگان

الف: مشخصات عمومی

۱- نام کامل بیمه گذار (حقیقی / حقوقی) :

نوع بیمه گذار : (دولتی ☐ خصوصی ☐) شماره ملی/ شناسه ملی : ..... کداقتصادی (شخص حقوقی) : ..... نام کارگزار / نماینده و کد : .....

۲- نشانی دقیق ، کد پستی و تلفن بیمه گذار :

۳- تعداد حوادث در سه سال گذشته و شرح نوع حوادث :

ردیف	سال حادثه	تعداد حادثه	نوع حادثه (هزینه پزشکی ، فوت و نقص عضو)	علت	درصد تقصیر	میزان خسارت (ریال)

۴- شماره بیمه نامه سال قبل : ..... نام بیمه گر قبلی .....

ب: مشخصات و امکانات شهر بازی

- نام و نشانی : .....
- نوع مالکیت : صاحب مجموعه ☐ استیجاری ☐ – نام مدیر : ..... سال تاسیس ..... سابقه مدیریت مجموعه .....سال.
- نوع شهربازی : روباز ☐ سرپوشیده ☐ – مساحت کل محدوده شهر بازی : .....متر مربع – تعداد کارکنان شهر بازی : ..... نفر.
- تعداد استفاده کننده در طی یک شبانه روز: روز عادی حداقل .... و حداکثر.. .نفر/ روز تعطیل حداقل ..... و حداکثر ..... نفر – میانگین تعداد مراجعه کننده در هر ماه ..... نفر.
- ساعت کار مجموعه شهر بازی : روزهای کاری ..... از ساعت ..... لغایت .....
- مشخصات دستگاه های شهر بازی : چنانچه تعداد دستگاه ها بیش از ۶ مورد باشد مشخصات آنها طبق جدول زیر در پشت فرم پیشنهاد درج و مهر و امضاء گردد.

ردیف	نام دستگاه	سال ساخت	تعداد دستگاه	تعداد اپراتور	ارتفاع از سطح زمین	تاریخ سرویس هر دستگاه	گروه های سنی استفاده کننده	حداکثر ظرفیت مجاز هر دستگاه	شماره گواهی استاندارد و تاریخ اعتبار
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									

- فاصله نزدیک ترین بیمارستان یا مرکز درمانی تا محل مورد بیمه .....کیلومتر – آیا در صورت بروز حادثه امکانات کمک های اولیه وجود دارد؟ بلی ☐ خیر ☐

ج: مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

مدت زمان بیمه: ..... روز/ شروع بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ ..... انقضاء بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ .....

هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه	ریال
هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)	ریال
غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه	ریال
غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)	ریال

د: تائیدیه بیمه گذار

بدینوسیله گواهی می نماید که اظهارات فوق منطبق با واقعیت بوده و صحت آن را تایید می نمایم و موافقم که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد ..... نام و امضاء بیمه گذار .....

واحد صدور (شعبه/نمایندگی) :

تاریخ دریافت فرم پیشنهاد ..... امضاء و مهر واحد صدور.....