



۲/۸- آیا در محوطه شهربازی اورژانس یا درمانگاه وجود دارد ؟ بلی  خیر

۲/۹- نام نزدیک ترین مرکز درمانی و فاصله آن با شهربازی :

### ۳- سوابق بیمه ای

۳/۱- آیا محل مورد بیمه قبلاً تحت پوشش بیمه بوده است ؟ در صورت مثبت بودن نام شرکت بیمه و شماره بیمه نامه سال گذشته را ذکر نمایید:

۳/۲- سوابق خسارت طی سه سال گذشته :

سال حادثه	تعداد حادثه	نوع حادثه ( فوت ، نقص عضو و ...)	مبلغ خسارت (ریال)	علت / مقصر حادثه

### ۴- مدت بیمه و پوشش و میزان تعهدات درخواستی :

میزان تعهدات بیمه گر	ریال
۴/۱- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی هر نفر در هر حادثه	
۴/۲- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه نامه	
۴/۳- حداکثر تعهد بیمه گر برای غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی	
۴/۴- حداکثر تعهد بیمه گر برای غرامت فوت هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام	
۴/۵- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه	
۴/۶- مدت زمان بیمه : ..... روز از ساعت ۲۴ روز ..... تا ساعت ۲۴ روز .....	

۴/۷- آیا پیشنهاد دهنده خواهان تحت پوشش قرار گرفتن مراجعه کنندگان به شهربازی نیز می باشد ؟ بلی  خیر

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 : .....