



پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران
شهر بازی در قبال مراجعه کنندگان

آدرس دفتر مرکزی : تهران اتوبان حقانی پلاک ۵۳

شرکت بیمه معلم

شماره تماس : ۸۸۷۹۵۰۵۲

شماره فکس : ۸۸۷۸۱۲۴۵

از شرکت بیمه معلم (سهامی عام)، درخواست می شود بیمه نامه مسئولیت مدیران شهر بازی در قبال مراجعه کنندگان را بر اساس مندرجات این پیشنهاد صادر نماید .

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار:	کد نمایندگی / کارگزاری:																																																														
	تاریخ تولد / تاریخ تاسیس : کد ملی / کد اقتصادی : نشانی شهر بازی : کد پستی :	شماره شناسنامه / شناسه ملی : شماره پروانه شهر بازی : تلفن ثابت : تلفن همراه :																																																														
مشخصات فعالیت	میانگین تعداد استفاده کنندگان در فصولی که دستگاه ها فعالیت دارند :																																																															
	فصل بهار: نفر فصل تابستان: نفر فصل پاییز: نفر فصل زمستان: نفر																																																															
	مشخصات دستگاهها و استفاده کنندگان :																																																															
	<table><thead><tr><th>نام دستگاه</th><th>سال ساخت</th><th>گروه سنی استفاده کنندگان</th><th>تعداد دستگاه</th><th>ارتفاع از سطح زمین</th><th>حداکثر ظرفیت مجاز (نفری)</th><th>استاندارد</th></tr><tr><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th>دارد</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		نام دستگاه	سال ساخت	گروه سنی استفاده کنندگان	تعداد دستگاه	ارتفاع از سطح زمین	حداکثر ظرفیت مجاز (نفری)	استاندارد							دارد																																																
نام دستگاه	سال ساخت	گروه سنی استفاده کنندگان	تعداد دستگاه	ارتفاع از سطح زمین	حداکثر ظرفیت مجاز (نفری)	استاندارد																																																										
						دارد																																																										
مدت بیمه نامه و تعهدات در خواستی	مدت بیمه ماه شروع از ساعت ۲۴ روز انقضا ساعت ۲۴ روز																																																															
	میزان تعهدات درخواستی مورد نظر را مشخص نمایید :																																																															
	<table><thead><tr><th>ریال</th><th>حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماههای عادی</th></tr></thead><tbody><tr><td>ریال</td><td>حداکثر تعهد فوت برای هر نفر در ماههای حرام</td></tr><tr><td>ریال</td><td>حداکثر تعهد فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه نامه</td></tr><tr><td>ریال</td><td>حداکثر هزینه های پزشکی ناشی از حوادث موضوع بیمه برای هر نفر</td></tr><tr><td>ریال</td><td>حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه نامه</td></tr></tbody></table>		ریال	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماههای عادی	ریال	حداکثر تعهد فوت برای هر نفر در ماههای حرام	ریال	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه نامه	ریال	حداکثر هزینه های پزشکی ناشی از حوادث موضوع بیمه برای هر نفر	ریال	حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه نامه																																																				
ریال	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماههای عادی																																																															
ریال	حداکثر تعهد فوت برای هر نفر در ماههای حرام																																																															
ریال	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه نامه																																																															
ریال	حداکثر هزینه های پزشکی ناشی از حوادث موضوع بیمه برای هر نفر																																																															
ریال	حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه نامه																																																															
مهر و امضا	بدینوسیله اعلام و اقرار می نمایم پاسخ های مندرج در این پیشنهاد بطور کامل و صحیح اظهار گردیده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از هیچ مطلب لازمی خود داری نشده است . همچنین موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جز لاینفک آن قرار گیرد																																																															
	اطلاعات مندرج در پیشنهاد توسط بیمه گذار تکمیل و امضا گردیده است . مهر و امضا نماینده / کارگزار کد نماینده / کارگزار																																																															