



PLEASE READ FULLY BEFORE SIGNING

ご署名される前にご一読ください。

PERSONAL ACCIDENT INSURANCE COVER

私は、この同意書に記述されている条件をすべて読んで理解、同意したことを認めます。

- 私がエレファントライドに参加している間に使用する道具類は、バリサファリの所有物であり、アクティビティ終了後には、すべての道具類を返却する責任を負います。
- バリサファリ&マリンパーク内でのお客様の持ち物の紛失や破損に関しましては、バリサファリ&マリンパークは一切の責任を負いません。
- エレファントライド参加中において、人・動物・自然に起因する危険性があることを十分に認識した上で参加します。
- バリサファリが提供する保険は全ての年齢の方に適応されます。
- 全ての申し立ては、バリサファリが提供する保険の利用規定範囲内に限定されます。
保険の限度額の詳細は以下のとおりです：

- 事故による死亡……………: IDR 500,000,000
- 後遺障害(最高) ……………：IDR 500,000,000
- 治療費(最高)……………: IDR 50,000,000

※保険の適応はインドネシア・バリ島内の病院での治療、診断が条件となり、自国へご帰国後の自国病院での診断や治療での場合、保険は適応されません。
※保険の適応は身体への傷害のみが対象となり、精神的治療、身体に障害のある方、妊娠中の方には適応されません。

- 私は、バリサファリが提供するサービス(エレファントライドを含む)、送迎、その他の活動によって私に身体的・物的損害が生じることがあっても、それが予測しうるものかどうかにかかわらず、その危険に対する全責任を参加者個人が負い、バリサファリおよび経営者、代理人および従業員(被免責者)に対して損害賠償せず、いかなる告訴、告発、控訴提起も偽さないことを誓約します。また、参加者と同様、参加者の親族、相続人、その他の利害関係人が参加者と同様に上記の事項全てに対して損害賠償せず、いかなる告訴、告発、控訴提起も永久に放棄する事に同意します。

NO	NAME (お名前)	NATIONALITY (国籍)	HOTEL (ホテル)	SIGNATURE (ご署名)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
DAY/DATE:		TIME:	RECEPTION STAFF:	