

**پرسشنامه و پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران
مجموعه‌های ورزشی در برابر ورزشکاران و مراجعان**

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

شماره ثبت:	کد ملی / شناسه ملی:	نام بیمه‌گذار:	مشخصهای بیمه‌گذار		
کد اقتصادی:		تاریخ تولد / ثبت:			
نشانی:					
تلفن همراه: پست الکترونیک:		تلفن: کد پستی:			
نام مجموعه ورزشی: رشته (های) ورزشی:		نوع مالکیت: دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input checked="" type="checkbox"/>			
نشانی مجموعه ورزشی مورد بیمه:					
آیا رشته (های) ورزشی به صورت هم زمان در آن مجموعه فعالیت داردند؟					
نحوه استفاده: به صورت آزاد و فروش بلیط <input type="checkbox"/>		خصوصی کارکنان یک سازمان خاص <input type="checkbox"/> عضویت دوره‌ای <input type="checkbox"/> آموزش دوره‌ای <input type="checkbox"/>			
ساعت‌کار: تعداد سانس‌ها:		آیا بانوان از مجموعه ورزشی استفاده می‌کنند؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/>			
مساحت کل محدوده مجموعه ورزشی با ذکر ابعاد آن:					
امکانات ایمنی موجود در مجموعه ورزشی:					
نام رشته ورزشی	مساحت سالان/فضای ورزش	تعداد نوبت (سانس)	حداکثر ظرفیت برای ورزشکاران در هر نوبت (سانس)	حداکثر ظرفیت برای ورزشکاران در هر نوبت (سانس)	حداکثر ظرفیت برای تماشاگران
بیمه‌نامه را برای جبران خسارت وارد به چه کسانی می‌خواهید؟ ورزشکاران <input type="checkbox"/> تماشاگران <input type="checkbox"/> هر دو <input checked="" type="checkbox"/> سایر امکانات رفاهی محل مورد بیمه (رستوران، کافه، پارکینگ اختصاصی و...) قید گردد.					
در صورت تمایل به پوشش محوطه پارکینگ اختصاصی، ظرفیت و تعهدات مالی درخواستی به تفکیک هر حادثه و محل مورد بیمه در قسمت «سایر اطلاعات بیمه‌ای مرتبط» قید گردد.					
آیا مایل به خرید پوشش‌های تکمیلی زیر هستید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> پوشش جبران هزینه‌های پر شکی بدون اعمال تعریف. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> هزینه کارشناسی در هر حادثه بلی <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> پوشش تعدد دیات و دیات غیر مسری در هر حادثه بلی <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> پوشش افزایش ریالی دیه در سال‌های بعد یک بار <input type="checkbox"/> دو بار <input checked="" type="checkbox"/> سه بار بلی <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> پوشش افزایش ریالی دیه در سال‌های بعد یک بار <input type="checkbox"/> دو بار <input checked="" type="checkbox"/> سه بار					

آیا در سه سال گذشته حوادث منجر به فوت، صدمه بدنی و یا هزینه های پزشکی در ارتباط با نوع فعالیت مورد درخواست پیش آمده است؟ بله خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل شود.

تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد صدمه بدنی	تعداد فوت	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)

آیا بیمه گذار، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ بله خیر

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

ساخته
بیمه ای

بیمه ای

تعهدات
بیمه ای

شایعه اطلاعات
بیمه ای
معرب

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.

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 براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام شده است، از این رو موافقت می شود این پیشنهاد اساساً 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 نماینده / کارگزار بیمه:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

تاریخ تکمیل:

امضاء این برگ به تنها یعنی قبول تعهد توسط بیمه گر یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.