



فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران باشگاه ها در قبال ورزشکاران ، تماشاچیان و اشخاص ثالث

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

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 مجموعه ورزشی

نام و نشانی مجموعه ورزشی :

نوع مالکیت : صاحب مجموعه استیجاری - نام مدیر : سال تاسیس سابقه مدیریت مجموعه سال.

نوع باشگاه: سرپوشیده روباز هردو - موضوع استفاده از مجموعه: تفریحی آموزشی سایر

افراد تحت پوشش: ورزشکاران تماشاگران و اشخاص ثالث هردو - مساحت کل باشگاه: - مساحت سالن ها یا فضاهای ورزشی به تفکیک

تعداد سالن ها - حداکثر ظرفیت مجموعه سالن ها جهت ورزشکاران نفر - حداکثر ظرفیت مجموعه سالن ها جهت تماشاگران نفر.

ساعت کار مجموعه ورزشی : روزهای کاری : از ساعت لغایت

رشته های ورزشی مورد فعالیت باشگاه : چنانچه تعداد رشته ها بیش از ۵ مورد باشد مشخصات آنها طبق جدول زیر در پشت فرم پیشنهاد درج و مهر و امضاء گردد.

| ردیف | نام رشته | تعداد سانس | مدت هر سانس | حداکثر ظرفیت ورزشکاران در هر سانس | حداکثر ظرفیت تماشاگران در هر سانس | مساحت سالن |
|------|----------|------------|-------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------|
| ۱ | | | | | | |
| ۲ | | | | | | |
| ۳ | | | | | | |
| ۴ | | | | | | |
| ۵ | | | | | | |

تعداد مربیان : نفر. آیا تمایل دارید مسئولیت مربیان تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرد؟ بلی خیر

استفاده کنندگان از مجموعه : آقایان خانم ها هر دو - گروه های سنی استفاده کنندگان : کودکان و نوجوانان بزرگسالان هر دو

فاصله نزدیک ترین بیمارستان یا مرکز درمانی تا محل مورد بیمه کیلومتر و امکانات کمک های اولیه شامل می باشد

ج: مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

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

| | |
|------|--|
| ریال | 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) |

د: تأییدیه بیمه گذار

بدینوسیله گواهی می نماید که اظهارات فوق منطبق با واقعیت بوده و صحت آن را تأیید 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