

## پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مدیران مجموعه ورزشی

با توجه به اینکه بیمه نامه بر اساس اطلاعات مندرج در این پرسشنامه صادر می گردد، خواهشمند است نسبت به ارائه پاسخ صحیح و دقت کافی در تکمیل آن، اقدام نمایید.

نام پیشنهاد دهنده (حقیقی  حقوقی ):  
 نام بیمه گذار (حقیقی  حقوقی ):  
 تاریخ پیشنهاد: تلفن ثابت: تلفن همراه:  
 کد ملی/شناسه ملی: تاریخ تولد: نام معرف: نمایندگی / کارگزار:  
 نشانی بیمه گذار / پیشنهاد دهنده (به صورت کامل):  
 کد پستی: پست الکترونیکی:  
**توجه:** پیشنهاد دهنده می بایست شخصی باشد که دارای مجوز از مراجع ذیصلاح بوده (بیمه نامه صرفاً بنام بیمه گذار صادر می گردد).

نام مجموعه ورزشی: سال تاسیس:  
 نشانی مجموعه ورزشی (به صورت کامل):  
 نوع مالکیت: دولتی  خصوصی  استیجاری   
 نام مالکیت: .....  
 نحوه استفاده: به صورت فروش بلیط  مخصوص کارکنان یک سازمان خاص  عضویت دوره ای  آموزش دوره ای   
 استفاده کنندگان از مجموعه ورزشی: بانوان  آقایان  بانوان و آقایان   
 حداکثر تعداد افراد استفاده کننده از مجموعه در یک روز: (ظرفیت) ..... نفر  
 تعداد سانسهای مجموعه را ذکر کنید؟ .....  
 نحوه پرداخت خسارت: برای مراجع قضائی  بدون رای مراجع قضائی   
 حوادث ورزشی تحت پوشش باشد؟ بله  خیر  (در صورتی که پاسخ مثبت باشد نحوه پرداخت خسارت با رای دادگاه می باشد).  
**تعریف حوادث ورزشی:** شامل کلیه خطرات ناشی در حین ورزش بوده که جزء ماهیت ورزش می باشد و در هر شرایطی از شمول تعهدات بیمه نامه خارج می باشد مگر اینکه بیمه گذار پوشش مربوطه را اخذ نموده باشد.  
**مشخصات مجموعه ورزشی:**

ردیف	نام رشته ورزشی	ساعت شروع	ساعت پایان	حداکثر تعداد استفاده کنندگان	حداکثر ظرفیت جهت ورزشکاران	حداکثر ظرفیت جهت تماشاچیان

آیا کلیه رشته های ورزشی فوق در یک سالن انجام می شود؟ بله  خیر  در صورت منفی بودن پاسخ تعداد سالن ها: .....  
 مسئولیت خود را برای جبران خسارت احتمالی وارد به چه اشخاصی بیمه می نمائید؟ ورزشکاران  تماشاگران  مربیان  هر سه   
 این بیمه نامه مسئولیت بیمه گذار را در زمان برگزاری مسابقات تحت پوشش قرار نمی دهد. در صورت تمایل مراتب به بیمه گر جهت اخذ پوشش فوق اعلام گردد.  
 مدت بیمه: ..... ماه از ساعت ۲۴ روز: ..... تا ساعت ۲۴ روز: .....

آیا در گذشته بیمه نامه ای اخذ نموده اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، شماره بیمه نامه و نام شرکت بیمه را ذکر نمائید.  
 آیا تا کنون خسارتی که ناشی از مسئولیت شما در قبال استفاده کنندگان از مجموعه باشد، اتفاق افتاده است؟ بلی  خیر  لطفا مبلغ و نوع خسارت را نام ببرید.

**پوشش های اضافی:** ۱- پوشش پرداخت هزینه پزشکی بدون اعمال تعرفه وزارت بهداشت و درمان  ۲- پوشش ما به التفاوت افزایش دیه به مدت یکسال  دو سال  سه سال  ۳- حداکثر تعهد برای نقص عضوهای بیش از یک دیه در هر حادثه ----- ریال و در طول مدت بیمه نامه ----- ریال (حداکثر سقف پوشش تا ۲ دیه می باشد).

**تعهدات مورد درخواست:**

۱- هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه: ..... ریال  
 ۲- حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت اعتبار بیمه نامه: ..... ریال  
 ۳- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه عادی: ..... ریال  
 ۴- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه حرام: ..... ریال  
 ۵- حداکثر پوشش غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه نامه: ..... ریال

بدینوسیله اعلام می دارد کلیه اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و موافقت می دارد که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

امضاء بیمه گذار / امضاء پیشنهاد دهنده

تاریخ: