

FO-LI-09

شماره:

تاریخ:

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

مدیران مجموعه های ورزشی

قابل توجه بیمه گذار محترم:

نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما بر اساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می شود لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.



**شرکت بیمه نوین**  
(سهامی عام)



صفحه 1 از 2

شرکت بیمه نوین

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران مجموعه های ورزشی با مشخصات زیر صادر نمایید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

مشخصات بیمه گذار	مشخصات متقاضی:	شماره شناسنامه:																																										
	محل صدور:	میزان تحصیلات:																																										
مشخصات مجموعه ورزشی	نام مجموع ورزشی:	سال تولد:																																										
	نشانی:	شماره ملی:																																										
نوع مالکیت: <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی																																												
نوع رشته ورزشی و تعداد نفرات شرکت کننده در هر نوبت																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>رشته</th> <th>نوبت اول</th> <th>نوبت دوم</th> <th>نوبت سوم</th> <th>نوبت چهارم</th> <th>نوبت پنجم</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><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></tr> <tr><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></tr> <tr><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></tr> </tbody> </table>			رشته	نوبت اول	نوبت دوم	نوبت سوم	نوبت چهارم	نوبت پنجم																																				
رشته	نوبت اول	نوبت دوم	نوبت سوم	نوبت چهارم	نوبت پنجم																																							
- امکانات درمانی و کمک های اولیه موجود در محل مجموع ورزشی را شرح دهید:																																												
- وضعیت سالنهای مجموع ورزشی از نظر تجهیزات سیستم اطفاء حریق، روشنایی و تهویه مطبوع را شرح دهید:																																												
ظرفیت سالن یا مجموع ورزشی در رابطه با تماشاگران:																																												
- وضعیت پوشش درخواستی: <input type="checkbox"/> برای ورزشکاران <input type="checkbox"/> برای تماشاچیان <input type="checkbox"/> هر دو مورد <input type="checkbox"/>																																												

دفتر مرکزی: تهران - بلوار میرداماد - میدان مادر - خیابان بهروز - نبش خیابان یکم - پلاک 11 - تلفن: 22258049-53 فاکس: 22271729

FO-LI-09

شماره:

تاریخ:

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

مدیران مجموعه های ورزشی

قابل توجه بیمه گذار محترم:

نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما بر اساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر  
 می شود لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمائید.



**شرکت بیمه نوین**  
(سهامی عام)

صفحه: 2 از 2

<p>1- چنانچه سابقه بیمه ای در رابطه با موضوع درخواستی دارید، مدت بیمه و شرکت بیمه سال قبل را ذکر نمایید.</p> <p>2- تعداد حوادث و مبالغ خسارت پرداختی ناشی از مسئولیت متقاضی در سه سال گذشته (به تفکیک هر حادثه)</p>	سابقه بیمه ای
<p>حداکثر مبلغ تعهد درخواستی به ریال</p>	<p>نوع پوشش درخواستی</p> <p>1- هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه</p> <p>2- حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه</p> <p>3- غرامت فوت و نقص عضو در هر حادثه</p> <p>4- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه</p>
<p>تا ساعت 24 روز:</p>	<p>مدت بیمه : روز از ساعت 24 روز:</p>

ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر براساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

نام و مهر امضاء بیمه گذار:

نام و مهر و امضاء نماینده/کارگزار بیمه:

تاریخ: