

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی / بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران استخر و ناچیان غریق در قبال استفاده کنندگان

متقاضی گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. در صورت صدور بیمه‌نامه، شرط اصلی اعتبار آن صحت اطلاعات مندرج در این فرم و پاسخ‌های شما است و به آن استناد خواهد شد. همچنین، تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌کند. فرم پیشنهاد می‌بایست بدون هرگونه خط خوردگی، لاک‌گرفتگی، خراشیدگی، دوباره‌نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

| | | | |
|--|---|--|---|
| شماره پیشنهاد: | نام و کد شعبه: | نام و کد نماینده / کارگزار: | تاریخ درخواست: |
| نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده: _____ کد اختصاصی بیمه‌گذار: _____ | | | |
| چنانچه قرارداد یا تفاهم‌نامه‌ای جداگانه‌ای برای پیشنهاد فوق منعقد گردیده است موارد زیر را تکمیل نمایید: عنوان قرارداد/ تفاهم‌نامه: _____ شماره قرارداد/ تفاهم‌نامه: _____ تاریخ عقد قرارداد/ تفاهم‌نامه: _____ | | | |
| موضوع بیمه عبارت است از بیمه مسئولیت مدنی که بر اساس آن بیمه‌گر متعهد می‌گردد در ازای انجام تعهدات و وظایف بیمه‌گذار و پرداخت حق بیمه در موعد مقرر در صورت بروز صدمات جسمانی به اشخاص ثالث و استفاده‌کنندگان از استخر که ناشی از فعالیت بیمه‌گذار و کارکنان وی و ناچیان غریق در محدوده مکانی و زمانی مندرج در بیمه‌نامه که ناشی از فعالیت بیمه‌گذار و کارکنان وی باشد را پس از احراز مسئولیت طبق رأی مراجع قضایی یا نظر کارشناس بیمه‌گر با در نظر گرفتن شرایط و استثنائات مندرج در این بیمه‌نامه و اوراق پیوست جبران نماید. | | | |
| بیمه‌گذار حقیقی | | بیمه‌گذار حقوقی | |
| نام و نام خانوادگی: _____ کد ملی: _____ شماره شناسنامه: _____ تاریخ تولد: _____ تلفن تماس (ثابت): _____ همراه: _____ آدرس محل سکونت: _____ | نام استخر: _____ شناسه ملی: _____ کد اقتصادی: _____ کدپستی: _____ تلفن تماس (ثابت): _____ همراه: _____ نامبر: _____ آدرس: _____ | | |
| نام و نشانی استخر (نشانی باید ختم به پلاک / پلاک ثبتی یا کد پستی باشد): _____ | | | |
| نوع مالکیت: <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> دولتی در صورتی که استخر به صورت اجاره واگذار گردیده، نام مستاجر را درج نمایید: نوع استخر: <input type="checkbox"/> سرپوشیده <input type="checkbox"/> روباز تعداد سانس: _____ سانس <input type="checkbox"/> حداکثر ظرفیت استخر در هر سانس: _____ نفر نحوه استفاده از استخر: <input type="checkbox"/> آزاد و فروش بلیط <input type="checkbox"/> مخصوص کارکنان یک سازمان <input type="checkbox"/> عضویت دوره‌ای <input type="checkbox"/> نحوه تصفیه استخر: <input type="checkbox"/> تصفیه شنی <input type="checkbox"/> تصفیه گازی امکانات جانبی استخر: <input type="checkbox"/> سونا <input type="checkbox"/> جکوزی <input type="checkbox"/> سالن بدنسازی <input type="checkbox"/> استخر کودکان <input type="checkbox"/> استخر آموزشی <input type="checkbox"/> حوضچه آب سرد <input type="checkbox"/> سرسره <input type="checkbox"/> دایو <input type="checkbox"/> نوع پوشش اطراف استخر: <input type="checkbox"/> سرامیک آجدار <input type="checkbox"/> سیمان <input type="checkbox"/> موزاییک <input type="checkbox"/> سایر موارد: _____ آیا استخر مورد بیمه دارای پروژکتور روشن در کف می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> آیا تجدید نقاشی (رنگ آمیزی) استخر به صورت سالیانه انجام می‌شود؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی آخرین تاریخ نقاشی (رنگ آمیزی) استخر: _____ آیا مورد بیمه مجهز به دستگاه اکسیژن و کمک های اولیه می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (لطفاً امکانات موجود را مختصراً توضیح دهید) آیا ساختمان استخر تحت پوشش بیمه آتش‌سوزی می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی آیا تمایل دارید مسئولیت کارکنان استخر و ناچیان غریق نیز تحت پوشش این بیمه‌نامه قرار گیرد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی | | | |
| ردیف | نام استخر | مساحت (مترمربع) | حداکثر تعداد استفاده کنندگان در هر نوبت |
| ۱ | | | |
| ۲ | | | |
| ۳ | | | |
| تعداد کل ناچیان استخر: _____ تعداد ناچیان غریق در هر سانس: _____ | | | |
| امضاء و توضیحات کارشناس صدور: | | مهر و امضاء و اثر انگشت پیشنهاد دهنده: | |

| ردیف | نام استخر | نام و نام خانوادگی | تاریخ اخذ کارت نجات غریق | آخرین تاریخ تمدید اعتبار کارت نجات غریق |
|------|-----------|--------------------|--------------------------|---|
| ۱ | | | | |
| ۲ | | | | |
| ۳ | | | | |
| ۴ | | | | |

طی یک سال گذشته پوشش بیمه مسئولیت داشته‌اید؟ در صورت مثبت بودن شماره بیمه‌نامه و بیمه‌گر قبلی خود را مرقوم فرمایید.
 شرکت بیمه سال قبل: _____ شماره بیمه‌نامه سال قبل: _____
 آیا در ۵ سال گذشته، در رابطه با مسئولیت حرفه‌ای شما از جانب مراجعین، ادعایی علیه شما در مراجع قضایی یا خارج از مراجع قضایی مطرح گردیده است؟
 بله خیر (در صورت مثبت بودن پاسخ، شرح کاملی از علت، نوع حادثه، تاریخ و مبلغ خسارت را ذکر نمایید).

شرح خسارت توسط بیمه‌گذار: _____

- ۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه عادی _____ ریال
 ۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه حرام _____ ریال
 ۳- حداکثر تعهد بیمه‌گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه‌نامه _____ ریال
 ۴- تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه _____ ریال
 ۵- حداکثر تعهد بیمه‌گر برای جبران هزینه پزشکی در طول مدت بیمه‌نامه _____ ریال

آیا مایل به خرید پوشش‌های اضافی ذیل می‌باشید؟

* پرداخت خسارت بدون رای دادگاه

بله خیر

غرامت فوت بر مبنای قصور بیمه‌گذار و حداکثر تا میزان مندرج در جدول تعهدات بیمه‌نامه یا معادل ریالی ارزشترین نوع دیه رایج، هرکدام که کمتر باشد محاسبه می‌گردد. درصدهای نقص عضو با نظر پزشک معتمد بیمه‌گر تعیین و بر مبنای درصدهای مشخص شده و میزان قصور بیمه‌گذار و حداکثر تا سرمایه مندرج در جدول تعهدات بیمه‌نامه و یا معادل ریالی ارزشترین نوع دیه رایج هرکدام که کمتر باشد محاسبه و پرداخت می‌گردد.

* جبران هزینه‌های پزشکی بدون اعمال تعرفه

بله خیر

هزینه‌های پزشکی موضوع بیمه براساس صورتحساب‌های معتبر مراکز درمانی تاسقف تعهدات هزینه پزشکی بیمه‌نامه بدون اعمال تعرفه جبران می‌گردد.

* پوشش افزایش ریالی دیه

بله خیر

به موجب این کلوژ، تعهد بیمه‌گر جهت افزایش دیه روز و حداکثر به میزان _____ بار افزایش دیه به نسبت تعهدات مندرج در بیمه‌نامه که توسط مراجع قضایی تعیین می‌گردد، خواهد بود.

* غرامت نقص عضو مازاد بر دیه اول (با سرمایه _____ ریال)

بله خیر

مسئولیت بیمه‌گذار درقبال جبران غرامت نقص عضو مازاد بر میزان مندرج در بیمه‌نامه تحت پوشش می‌باشد. حداکثر سرمایه مورد تعهد دیه مصوب ماه عادی می‌باشد.

* حذف فرانشیز غرامت هزینه پزشکی

بله خیر

هزینه‌های پزشکی موضوع بیمه‌نامه بدون اعمال فرانشیز حداکثر تا مبلغ تعهدات بیمه‌نامه جبران می‌گردد.

مدت بیمه‌نامه: _____ روز
 از تاریخ: _____ تا تاریخ: _____
 تذکر: محاسبه‌ی حق بیمه در بیمه‌نامه‌های کمتر از یک سال طبق تعرفه‌ی کوتاه مدت انجام می‌گیرد.

نحوه پرداخت حق بیمه: نقد اقساط

شرح اقساط: _____ درصد معادل _____ ریال به صورت نقد و مابقی در _____ قسط متوالی مساوی ماهانه

شروع و اعتبار پوشش بیمه‌ای و اجرای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق بیمه به ترتیبی است که در شرایط خصوصی و اعلامیه بدهکار بیمه‌نامه پیش‌بینی شده است در غیر این صورت خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی به حق بیمه‌ای که باید پرداخت می‌شود، محاسبه می‌گردد. جهت اعتبار بیمه‌نامه انجام تعهدات از سوی بیمه‌گذار مقدم بر انجام تعهدات از سوی شرکت بیمه می‌باشد.

توجه: متقاضی گرامی، ضمن تشکر از انتخاب شرکت بیمه دی، در صورت پذیرش درخواست شما و تخصیص شناسه واریز بانکی و واریز اولین قسط حق بیمه به حساب شرکت بیمه دی، بیمه‌نامه شما به استناد رسید نقدی واریزی از ساعت ۲۴ روز واریز معتبر است و شما به خانواده بزرگ بیمه‌گذاران عمر بیمه دی خواهید پیوست.

توضیحات تکمیلی بیمه گذار:

اینجانب _____ بدینوسیله تایید می‌نمایم که کلیه اطلاعاتی را که در خصوص مورد بیمه در ارزیابی خطر موثر است در زمان عقد قرارداد با در جریان آن (اعم از اینکه این اطلاعات در فرم پیشنهاد درخواست شده باشد یا خیر)، باکمال صداقت و درستی اظهار نمایم به طوری که بیمه‌گر با بهره‌گیری از این اطلاعات بتواند اهمیت خطری را که مورد پوشش قرار می‌دهد را تشخیص دهد. موافقت می‌گردد این پرسشنامه و شرایط عمومی ابلاغی بیمه مرکزی اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. امضای این برگه بدون صدور بیمه‌نامه به معنی قبول تعهد توسط بیمه‌گر و پیشنهاد دهنده نمی‌باشد.

نام و نام خانوادگی / مهر / امضاء / اثر انگشت بیمه گذار:

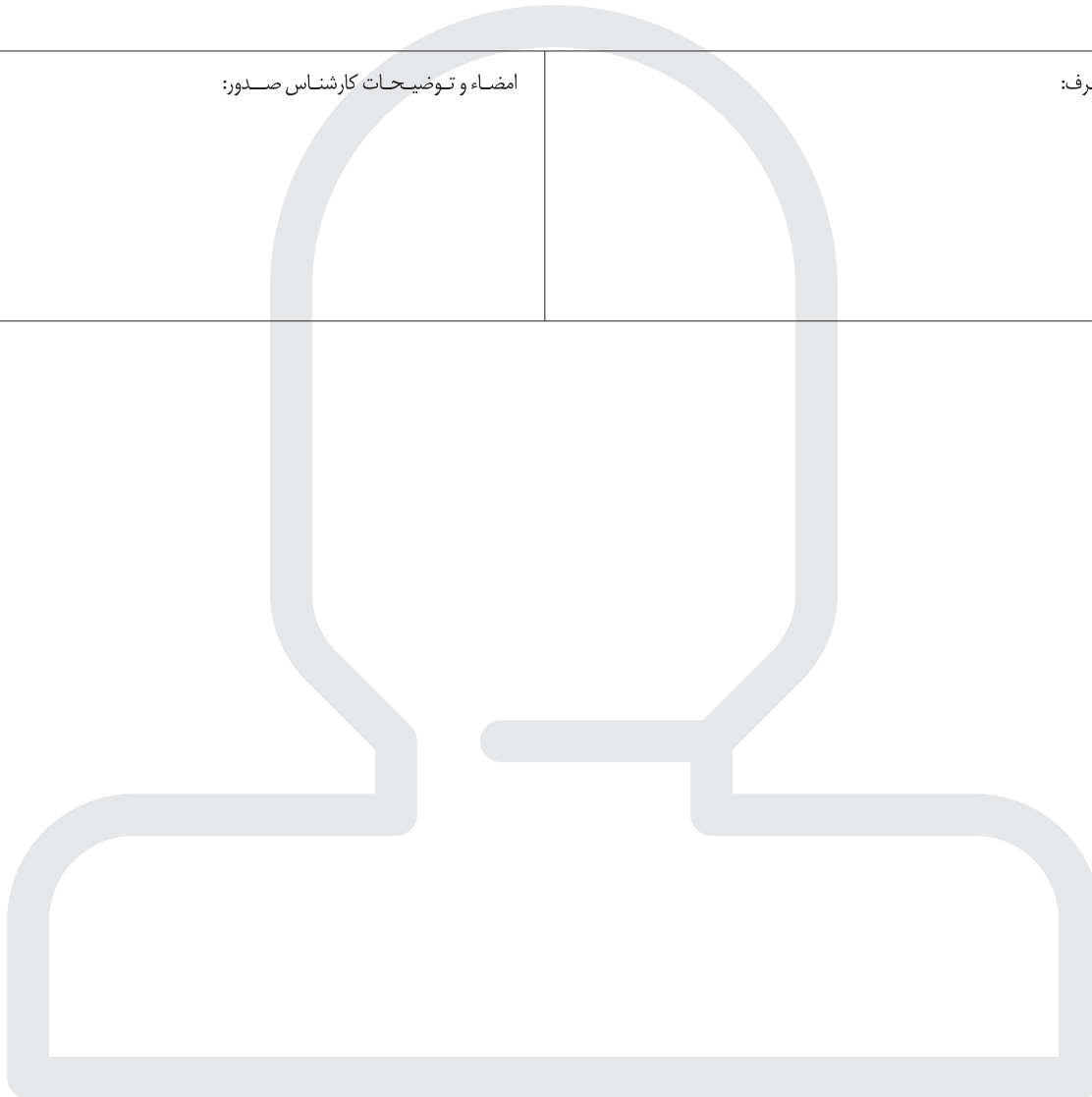
تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد:

امضاء و توضیحات کارشناس صدور:

مهر و امضای معرف:

مهر و امضای بیمه گذار

ملاحظات بیمه گر



توجه: متقاضی گرامی، ضمن تشکر از انتخاب شرکت بیمه دی، در صورت پذیرش درخواست شما و تخصیص شناسه واریز بانکی و واریز اولین قسط حق بیمه به حساب شرکت بیمه دی، بیمه‌نامه شما به استناد رسید نقدی واریزی از ساعت ۲۴ روز واریز معتبر است و شما به خانواده بزرگ بیمه‌گذاران عمر بیمه دی خواهید پیوست.