

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی / برگزار کنندگان مسابقات ورزشی در قبال تماشاچیان شماره سریال:

مقتضای 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 خط‌خوردگی، لاک‌گرفتگی، خراشیدگی، دوباره‌نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

شماره پیشنهاد:	نام و کد شعبه:	نام و کد نماینده / کارگزار:	تاریخ درخواست:															
پیشنهاد	نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده: _____ کد اختصاصی بیمه‌گذار: _____																	
قرارداد	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 بیمه‌نامه	عبارت است از بیمه مسئولیت مدنی که بر اساس آن بیمه‌گر متعهد می‌شود در ازای انجام تعهدات و وظایف بیمه‌گذار و پرداخت حق بیمه در موعد مقرر، صدمات جسمانی وارد به مراجعین و استفاده‌کنندگان مراکز ترک اعتیاد را که ناشی از فعالیت بیمه‌گذار و کارکنان وی باشد را پس از احراز مسئولیت و در نظر گرفتن شرایط واستثنائات مندرج در بیمه‌نامه و اوراق پیوست جبران نماید.																	
مشخصات بیمه‌گذار	بیمه‌گذار حقیقی	بیمه‌گذار حقوقی																
مشخصات	<p>نام و نام خانوادگی: _____ کد ملی: _____ نام واحد صنعتی: _____ شناسه ملی: _____</p> <p>شماره شناسنامه: _____ تاریخ تولد: _____ کد اقتصادی: _____ کد پستی: _____</p> <p>تلفن تماس (ثابت): _____ همراه: _____ تلفن تماس (ثابت): _____ همراه: _____</p> <p>آدرس محل سکونت: _____ نمایر: _____ آدرس دفتر مرکزی: _____</p>																	
مشخصات	<p>نام مجموعه / سالن ورزشی: _____ تاریخ تأسیس: _____ شماره مجوز: _____</p> <p>نشانی مجموعه / سالن ورزشی (نشانی باید ختم به پلاک / پلاک ثبتی یا کد پستی باشد): _____</p> <p>ساعات کار: _____ الی _____ تعداد سانس‌ها: _____</p> <p>تعداد سالن فعال در یک سانس را اعلام نمایید: _____ سانس _____</p> <p>آیا مورد بیمه دارای جایگاه اختصاصی تماشاچیان می‌باشد؟ _____ ظرفیت جایگاه: _____ نفر _____</p> <p>نحوه استفاده: _____ بصورت آزاد و فروش بلیط <input type="checkbox"/> مخصوص کارکنان یک سازمان خاص <input type="checkbox"/> عضویت دوره‌ای <input type="checkbox"/> آموزش دوره‌ای <input type="checkbox"/></p> <p>امکانات پزشکی برای حادثه دیدگان: _____</p> <p>وسایل و تجهیزات ایمنی مجموعه ورزشی: _____ کپسول آتش‌نشانی <input type="checkbox"/> جعبه کمک‌های اولیه و سایر <input type="checkbox"/></p> <p>مساحت کل محدوده ورزشی با ذکر ابعاد آن: _____ امکانات اضافی: _____</p>																	
سابقه بیمه‌ای و خسارات	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>نام رشته‌ی ورزشی</th> <th>نام رشته‌ی ورزشی</th> <th>نام رشته‌ی ورزشی</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>۱-</td> <td>۵-</td> <td>۹-</td> </tr> <tr> <td>۲-</td> <td>۶-</td> <td>۱۰-</td> </tr> <tr> <td>۳-</td> <td>۷-</td> <td>۱۱-</td> </tr> <tr> <td>۴-</td> <td>-</td> <td>۱-</td> </tr> </tbody> </table> <p>در صورتی که فعالیت‌های ورزشی مازاد بر جدول فوق می‌باشد، در برگه‌ای جداگانه ذکر نمایید. در صورت وجود هرگونه موارد تشدید خطر غیر از موارد ذکر شده در این پرسشنامه لطفاً توضیح دهید؟ _____</p>			نام رشته‌ی ورزشی	نام رشته‌ی ورزشی	نام رشته‌ی ورزشی	۱-	۵-	۹-	۲-	۶-	۱۰-	۳-	۷-	۱۱-	۴-	-	۱-
نام رشته‌ی ورزشی	نام رشته‌ی ورزشی	نام رشته‌ی ورزشی																
۱-	۵-	۹-																
۲-	۶-	۱۰-																
۳-	۷-	۱۱-																
۴-	-	۱-																
تایید بیمه‌گذار	<p>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: _____</p> <p>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 <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت مثبت بودن پاسخ، شرح کاملی از علت، نوع حادثه، تاریخ و مبلغ خسارت را ذکر نمایید).</p> <p>شرح خسارت توسط بیمه‌گذار: _____</p>																	
تایید بیمه‌گذار	<p>امضاء و توضیحات کارشناس صدور: _____ مهر و امضاء و اثر انگشت پیشنهاد دهنده: _____</p>																	

- 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 بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه _____ ریال
- ۴- تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه _____ ریال
- ۵- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه _____ ریال
- ۶- حداکثر تعهد مالی در هر حادثه (صرفاً پارکینگ) _____ ریال
- ۷- حداکثر تعهد مالی در طول مدت بیمه نامه (صرفاً پارکینگ) _____ ریال

آیا مایل به خرید پوشش های اضافی ذیل می باشید؟بله خیر *** پرداخت خسارت بدون رای دادگاه**

غرامت فوت بر مبنای قصور بیمه گذار و حداکثر تا میزان مندرج در جدول تعهدات بیمه نامه یا معادل ریالی ارزاترین نوع دیه رایج، هر کدام که کمتر باشد محاسبه می گردد. درصدهای نقص عضو با نظر پزشک معتمد بیمه گر تعیین و بر مبنای درصدهای مشخص شده و میزان قصور بیمه گذار و حداکثر تا سرمایه مندرج در جدول تعهدات بیمه نامه و یا معادل ریالی ارزاترین نوع دیه رایج هر کدام که کمتر باشد محاسبه و پرداخت می گردد.

بله خیر *** جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه**

هزینه های پزشکی موضوع بیمه براساس صورتحساب های معتبر مراکز درمانی تاسقف تعهدات هزینه پزشکی بیمه نامه بدون اعمال تعرفه جبران می گردد.

بله خیر *** پوشش افزایش ریالی دیه**

به موجب این کلوژ، تعهد بیمه گر جهت افزایش دیه روز و حداکثر به میزان _____ بار افزایش دیه به نسبت تعهدات مندرج در بیمه نامه که توسط مراجع قضایی تعیین می گردد، خواهد بود.

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

مسئولیت بیمه گذار در قبال جبران غرامت نقص عضو مازاد بر میزان مندرج در بیمه نامه تحت پوشش می باشد. حداکثر سرمایه مورد تعهد دیه مصوب ماه عادی می باشد. تعهد مالی موضوع بیمه نامه بدون اعمال فرانشیز حداکثر تا مبلغ تعهدات بیمه نامه جبران می گردد. فرانشیز سرقت کلی مشمول این پوشش نمی باشد.

بله خیر *** حذف فرانشیز غرامت هزینه پزشکی**

هزینه های پزشکی موضوع بیمه نامه بدون اعمال فرانشیز حداکثر تا مبلغ تعهدات بیمه نامه جبران می گردد.

مدت بیمه نامه: _____ روز از تاریخ: _____ تا تاریخ: _____
تذکر: محاسبه ی حق بیمه در بیمه نامه های کمتر از یک سال طبق تعرفه ی کوتاه مدت انجام می گیرد.

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 بیمه ای و اجرای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه به ترتیبی است که در شرایط خصوصی و اعلامیه بدهکار بیمه نامه پیش بینی شده است در غیر این صورت خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی به حق بیمه ای که باید پرداخت می شود، محاسبه می گردد. جهت اعتبار بیمه نامه انجام تعهدات از سوی بیمه گذار مقدم بر انجام تعهدات از سوی شرکت بیمه می باشد.

توضیحات تکمیلی بیمه گذار: _____

اینجانب _____ بدینوسیله تایید می نمایم که کلیه اطلاعاتی را که در خصوص مورد بیمه در ارزیابی خطر موثر است در زمان عقد قرارداد یا 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 بیمه گر با بهره گیری از این اطلاعات بتواند اهمیت خطری را که مورد پوشش قرار می دهد را تشخیص دهد. موافقت می گردد این پرسشنامه و شرایط عمومی ابلاغی بیمه مرکزی اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. امضای این برگه بدون صدور بیمه نامه به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و پیشنهاد دهنده نمی باشد.

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

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد:

امضاء و توضیحات کارشناس صدور:

مهر و امضای معرف: