

قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما براساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می شود لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی را مطابق با مشخصات ذیل صادر نمایید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام شود.					
تنها حوادثی که در محدوده مکانی و زمانی این بیمه نامه رخ دهد و بیمه گذار مسئول آن شناخته شود تحت پوشش این بیمه نامه خواهد بود.					
نام پیشنهاددهنده: کد ملی / شناسه ملی: تاریخ تولد/ تأسیس: / / ۱۳.....					
شماره شناسنامه/ شماره ثبت: کد اقتصادی:					
نشانی:					
تلفن/ همراه: کد پستی: پست الکترونیک:					
نام مجموعه ورزشی: نوع مالکیت: دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> سایر:					
نشانی مجموعه ورزشی:					
نحوه استفاده: به صورت آزاد و فروش بلیط <input type="checkbox"/> مخصوص کارکنان یک سازمان خاص <input type="checkbox"/> عضویت دوره ای <input type="checkbox"/> آموزش دوره ای <input type="checkbox"/>					
ساعات کار: تعداد سانس ها: آیا بانوان از مجموعه ورزشی استفاده می کنند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
مساحت کل محدوده مجموعه ورزشی با ذکر ابعاد آن:					
وضعیت مجموع ورزشی از لحاظ تجهیزات ایمنی:					
نام رشته ورزشی	مساحت سالن/ فضای ورزش	حداکثر ظرفیت برای ورزشکاران	حداکثر ظرفیت برای تماشاگران		
بیمه را برای جبران خسارت وارد به چه کسانی می خواهید؟ ورزشکاران <input type="checkbox"/> تماشاگران <input type="checkbox"/> هر دو <input type="checkbox"/>					
امکانات پزشکی برای حادثه دیدگان:					
آیا قبلاً دارای بیمه نامه مسئولیت بوده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت و شماره بیمه نامه را قید فرمایید.					
آیا در پنج سال گذشته حادثه ای که منجر به فوت و نقص عضو و یا هزینه پزشکی شده باشد، رخ داده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن نوع و میزان خسارت را مرقوم فرمایید.					
تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)
آیا متقاضی، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه را ذکر فرمایید.					

بیمه گذار مشخصات

مشخصات فعالیت بیمه گذار و نسائی

سابقه بیمه ای

FO-LI-09-01

- حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی: ریال.
- حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام: ریال.
- حداکثر تعهد بیمه گر جهت هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه: ریال.
- حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: ریال.
- حداکثر تعهد بیمه گر جهت هزینه پزشکی در طی دوره بیمه: ریال.

ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر براساس اصل 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 جزو لاینفک آن قرار گیرد.

تاریخ تکمیل:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

نام و امضاء متقاضی بیمه: