



« سهامی عام »

www.BimehAsia.ir

Email: Masouliat@BimehAsia.ir

### پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

### مدیران اماکن ورزشی در قبال استفاده کنندگان

• تهران ، خیابان آیت اله طالقانی ، حدفاصل خیابان  
ولیمصر و خیابان حافظ ، ساختمان شماره ۴۰۴

• تلفن : ۱۲ و ۶۶۹۷۷۱۱۱  
• فاکس : ۶۶۹۷۷۲۰۶  
• کد اقتصادی : ۴۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

از شرکت بیمه آسیا (سهامی عام) درخواست می گردد بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران اماکن ورزشی در قبال استفاده کنندگان را بر اساس مندرجات این پیشنهاد به مدت ..... روز از ساعت ۲۴ مورخ ..... تا ساعت ۲۴ مورخ ..... صادر نماید.

مشخصات بیمه گذار

نام کامل بیمه گذار : ..... شماره اقتصادی : ..... شماره ملی : .....  
تاریخ تولد/ تأسیس : روز ..... ماه ..... سال ..... کد پستی : .....  
شماره تلفن / دورنگار : ..... شماره تلفن همراه : ..... پست الکترونیک : .....

مشخصات واحد صدور

نام نمایندگی : ..... کد : ..... واحد صدور : .....  
نام کارگزاری : ..... کد : ..... واحد صدور : .....  
بیمه نامه تمدیدی است یا خیر؟ (نزد کدام شرکت) : ..... شماره بیمه نامه سال قبل : .....  
شماره پروانه فعالیت : .....

مشخصات مجموعه ورزشی

نام مجموعه ورزشی : ..... تعداد سالن : ..... سال تأسیس : .....  
نشانی مجموعه ورزشی : .....

نوع فعالیت سالن ۱ : ..... نوع فعالیت سالن ۲ : ..... نوع فعالیت سالن ۳ : .....  
نوع فعالیت سالن ۴ : ..... نوع فعالیت سالن ۵ : ..... نوع فعالیت سالن ۶ : .....  
نوع فعالیت سالن ۷ : ..... نوع فعالیت سالن ۸ : ..... نوع فعالیت سالن ۹ : .....

شماره تلفن / دورنگار : ..... کد پستی : .....  
نوع مالکیت : .....  دولتی  خصوصی  به صورت اجاره ای  
نوع مجموعه ورزشی : .....  سر باز  سرپوشیده  سایر : .....  
نحوه استفاده : .....  آزاد و فروش بلیط  عضویت دوره ای  
 مخصوص کارکنان یک سازمان خاص  آموزش دوره ای  
سایر : .....

ظرفیت سالن در هر سانس : ..... نفر ..... تعداد مربیان در هر سانس : ..... نفر

آیا تمایل دارید علاوه بر مسئولیت خود، مسئولیت مربیان نیز بیمه گردد؟  بلی  خیر  تعداد مربیان : ..... نفر  
آیا تمایل دارید برگزاری مسابقات نیز بیمه گردد؟  بلی  خیر   
آیا تمایل دارید تماشاچیان حین برگزاری مسابقات نیز بیمه گردند؟  بلی  خیر   
آیا دارای سابقه خسارت می باشید :  بلی  خیر  (در صورت مثبت بودن پرسش زیر را هم تکمیل نمائید)  
تعداد سال های عدم خسارت : .....

تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت ، نقص عضو یا هزینه پزشکی گردیده است :  
فوت : ..... نفر طی ..... حادثه ..... نقص عضو : ..... نفر طی ..... حادثه ..... هزینه پزشکی : ..... نفر طی ..... حادثه

تعمیرات درخواستی

۱- غرامت فوت و صحت جسمانی برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی حداکثر : ..... مبلغ ..... ریال  
۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام حداکثر : ..... مبلغ ..... ریال  
۳- هزینه های پزشکی ناشی از حوادث موضوع این بیمه نامه برای هر نفر در هر حادثه حداکثر : ..... مبلغ ..... ریال  
۴- حداکثر تعهد بیمه گر برای فوت و صدمات جسمانی طی مدت بیمه نامه : ..... مبلغ ..... ریال  
۵- حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه های پزشکی طی مدت بیمه نامه : ..... مبلغ ..... ریال  
۶- حداکثر تعهد بیمه گر برای خسارات مالی طی مدت بیمه نامه : ..... مبلغ ..... ریال

(پوشش خسارات مالی صرفاً جهت ورزشهایی می باشد که در دستورالعمل قید گردیده است)

۶) پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه □

۱۰) پوشش بیمه ای مزاد بر یک دیه (با سرمایه):

□ ریال ۱.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۴	□ ریال ۱.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۳	□ ریال ۹۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۲	□ ریال ۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱
□ ریال ۲.۷۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۸	□ ریال ۲.۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۷	□ ریال ۲.۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۶	□ ریال ۱.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۵
□ ریال ۳.۹۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱۲	□ ریال ۳.۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱۱	□ ریال ۳.۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱۰	□ ریال ۳.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۹
□ ریال ۵.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱۶	□ ریال ۴.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱۵	□ ریال ۴.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱۴	□ ریال ۴.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۰/۱۳

۱۲) پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی دیه (با سرمایه):

□ ریال ۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۴	□ ریال ۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۳	□ ریال ۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۲	□ ریال ۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۱
□ ریال ۱.۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۸	□ ریال ۱.۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۷	□ ریال ۱.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۶	□ ریال ۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۵
		□ ریال ۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۱۰	□ ریال ۱.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ - ۱۲/۹

سایر پوشش های مورد درخواست:

اینجانب ..... تعهد می نمایم که:

- به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران اماکن ورزشی در قبال استفاده کنندگان می باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه نامه صادره، مسئول جبران خسارت خواهد بود.
- کلیه قوانین مربوط به مبارزه پولشویی را رعایت نمایم.

نام / مهر و امضاء بیمه گذار:

تاریخ:

مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری:

تلفن تماس:

تاریخ تکمیل پیشنهاد: