

 **پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران ورزشگاه**

|  |
| --- |
| نام بیمه گذار نشانی : تلفن:کد ملی: ش شناسنامه : محل صدور: محل تولد : نام ورزشگاه : نشانی :  تلفن: فکس: سال تاسیس:مربعمربعنوع مالکیت : خصوصی دولتی نام مالک: در صورتی که ورزشگاه بصورت اجاره واگذار گردیده: نام مستاجر: تلفن:نام مدیر: سابقه مدیریت : سال/ تحصیلات مدیر: |
| ***مشخصات عمومی ورزشگاه***  |
|  نوع سالن : سر پوشیده رو باز تعداد نوبت: نوع فعلیت ورزشی :-نوبت اول: از ساعت :................. الی ساعت:........................-نوبت جهارم: از ساعت:....................... الی ساعت:........................... -نوبت دوم: از ساعت :................. الی ساعت:......................-نوبت پنجم : از ساعت:...................... الی ساعت:..........................-نوبت سوم: از ساعت :................. الی ساعت:.......................-نوبت ششم : از ساعت:...................... .الی ساعت:......................... |
| حداکثر ظرفیت مجموعه ورزشی برای ورزش در هر نوبت: ....................... نفرمیانگین تعداد استفاده کنندگان در هر نوبت:....................................... نفرتعداد تماشاچیان در هر نوبت مساحت کل ورزشگاه : ........................................................ متر مربعمربعمربعمربعاستفاده کنندگان: آقایان خانمها هر دومربعمربعمربعمربعگرو ههای سنی استفاده کننده: کودکان نوجوانان میانسالان بزرگسالانموضوع استفاده از ورزشگاه : تفریحی آموزشی سایر موارد:آیا دارای تهویه مناسب می باشد؟ بلی خیر نوع کف پوش :  آیا در صورت بروز حاذثه برای ورزشکاران در مجموعه امکانات کمکهای اولیه پزشکی وجود دارد؟( نام ببرید) |
|   نام نزدیکترین بیمارستان یا مرکز درمانی به محل: ............................................................ فاصله:.................................................آیا مجموعه دارای کپسول اکسیژن در مواقع اضطراری می باشد؟ بلی خیر تعداد کل مربیان : ............................. نفر تعداد مربیان در هر نوبت: ..................................... نفر |
| لطفا حوادثی را که در چند وقت اخیر موجب فوت،نقص عضو و یا مصدومیت استفاده کنندگان در آن شده است را در جدول زیر درج نمایید:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع حادثه | تعداد | علت حوادث | مسئول وقوع حوادث | مبالغ پرداخت شده |
| فوت |  |  |  |  |
| نقص عضو |  |  |  |  |
| مصدومیت |  |  |  |  |

 |
|  |
| آیا در سال قبل دارای بیمه نامه بوده اید . |
| **مشخصات مربیان**  |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام و نام خانوادگی | تاریخ اخذ کارت مربیگری  | درجه | توضیحات  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |
| **حدود پوشش بیمه ای مورد درخواست** |
| فوت و نقس عضو برای هر نفر در هر حادثه: ریالفوت و نقس عضو برای هر نفر در طول مدت : ریال |
| هزینه های پزشکی برایهر نفر( حد اقل 5% مبلغ فوت ونقص عضو) در هر حادثه: ریالهزینه های پزشکی برایهر نفر( حد اقل 5% مبلغ فوت ونقص عضو) در هر حادثه: ریال |
| مدت پوشش بیمه ای مورد درخواست : از تاریخ : لغایت تاریخ:  |

بدینوسیله تایید و گواهی می گرددکلیه اظهارات فوق مبتنی بر واقعیت بوده و موافقت بوده و موافقت می گرددکه پیشنهاد اساسی صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **تاریخ تکمیل:** |  | **مهر و امضاء بیمه گذار:** |