



شرکت سهامی بیمه ایران
مدیریت کل بیمه های
مسئولیت و حمل و نقل

مشخصات متقاضی

کد ملی										پیشنهاد دهنده :										<input type="checkbox"/> شخص حقیقی
شماره شناسنامه :										تاریخ تولد : / / ۱۳.....										
نام شرکت/موسسه :										<input type="checkbox"/> دولتی					<input type="checkbox"/> خصوصی					<input type="checkbox"/> شخص حقوقی
شماره اقتصادی										شناسه ملی										
نام مجموعه ورزشی آدرس																				
کد پستی :										تلفن :					نمبر :					

اطلاعات مورد بیمه

- آیا پیشنهاد دهنده مالک باشگاه/مجموعه ورزشی می باشد؟ بله خیر
- در صورت منفی بودن پاسخ نام مالک را درج نمایید
- نام رشته های ورزشی که در باشگاه انجام می شود را ذکر کنید
- آیا پوشش بیمه ای حوادث ناشی از فعالیت ورزشی مورد نیاز است؟ بله خیر
- آیا مربیان نیز تحت پوشش قرار گیرند؟ (پوشش بیمه حوادث) بله خیر
- آیا تماشاچیان نیز تحت پوشش بیمه مسئولیت قرار گیرند؟ بله خیر
- حداقل تعداد استفاده کنندگان روزانه از مجموعه ورزشی :
- حداکثر تعداد استفاده کنندگان روزانه از مجموعه ورزشی :
- حداکثر ظرفیت تماشاچیان مجموعه ورزشی :



تعهدات درخواستی

- حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه به مبلغ ریال.
- حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه به مبلغ ریال.
- حداکثر تعهد بدنی برای مجموع اشخاص در طول مدت اعتبار بیمه نامه به مبلغ ریال.



مدت بیمه نامه

- مدت بیمه نامه روز و از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ درخواست می گردد.

این پرسشنامه به درخواست اینجانب تکمیل و با امضای آن ضمن تصدیق صحت مندرجات، اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سئوالات فوق با صداقت و حسن نیت جواب داده شده است، لذا در صورت اثبات هر گونه اظهار خلاف واقع و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن مطابق مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه متوجه اینجانب می باشد.

تاریخ تکمیل : / /

نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده : مهر و امضاء نمایندگی :

مهر و امضاء

