

**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: ....................... نفر  میانگین تعداد استفاده کنندگان در هر نوبت:....................................... نفر  تعداد تماشاچیان در هر نوبت  مساحت کل ورزشگاه : ........................................................ متر مربع  مربعمربعمربعاستفاده کنندگان: آقایان خانمها هر دو  مربعمربعمربعمربعگرو ههای سنی استفاده کننده: کودکان نوجوانان میانسالان بزرگسالان  موضوع 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: ریال  فوت 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: ریال  هزینه 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:** |