



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

شناسه مدرک: PI-4180-FR-110  
شماره بازنگری: 04

## پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران، ناجیان غریق و کادر فنی استخر در قبال استفاده کنندگان

بیمه گذار	نام بیمه گذار:	کد ملی / شناسه ملی:	کد نمایندگی:																				
	تاریخ تولد / تاسیس:	کد پستی:	خانم / آقای:																				
مشخصات	نشانی:	تلفن همراه:	کارگزار:																				
	تلفن ثابت:	نمابر:	واحد صدور:																				
مدت	مدت بیمه نامه: ..... روز / سال. تاریخ شروع بیمه نامه: از ساعت 24 مورخ ..... تاریخ پایان بیمه نامه: تا ساعت 24 مورخ .....																						
مشخصات و امکانات استخر	نام و نشانی استخر: .....																						
	نوع مالکیت: <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> اجاره ای موضوع استفاده از استخر: <input type="checkbox"/> تفریحی <input type="checkbox"/> آموزشی <input type="checkbox"/> سایر: ..... نوع استخر: <input type="checkbox"/> سرپوشیده <input type="checkbox"/> روباز ابعاد استخر: مساحت: ..... متر مربع، طول: ..... عرض: ..... حداکثر عمق: ..... حداکثر ظرفیت استخر برای شنا در هر سانس ..... نفر. تعداد سانس: ..... تعداد ناجیان غریق در هر سانس: ..... امکانات اضافی استخر: <input type="checkbox"/> استخر کودکان <input type="checkbox"/> استخر آموزشی <input type="checkbox"/> دایو <input type="checkbox"/> سونا <input type="checkbox"/> جکوزی <input type="checkbox"/> حوضچه آب سرد <input type="checkbox"/> پروژکتور <input type="checkbox"/> سالن بدنسازی <input type="checkbox"/> سرسره آبی، تعداد سرسره: ..... چنانچه مورد بیمه پارک آبی می باشد، مشخصات سایر وسایل تفریحی ذکر شود: ..... نوع کف پوش اطراف استخر: <input type="checkbox"/> سرامیک آج دار <input type="checkbox"/> سیمان <input type="checkbox"/> موزاییک <input type="checkbox"/> کف پوش پلاستیکی <input type="checkbox"/> سنگ <input type="checkbox"/> سایر: ..... استخر سالیانه رنگ آمیزی می شود؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر سیستم تصفیه آب استخر به صورت تصفیه شنی می باشد: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر نام و فاصله نزدیک ترین بیمارستان یا مرکز درمانی تا محل مورد بیمه: ..... امکانات کمک های اولیه: ..... مشخصات مربیان و ناجیان غریق که مسئولیت آنان تحت پوشش می باشد: (چنانچه تعداد آنها بیش از 3 نفر می باشد، مشخصات طبق جدول زیر در پشت فرم پیشنهاد درج و امضاء گردد). 1- نام و نام خانوادگی: ..... کد ملی: ..... تاریخ اخذ کارت نجات غریق: ..... 2- نام و نام خانوادگی: ..... کد ملی: ..... تاریخ اخذ کارت نجات غریق: ..... 3- نام و نام خانوادگی: ..... کد ملی: ..... تاریخ اخذ کارت نجات غریق: .....																						
سوابق خسارت	شماره بیمه نامه سال قبل: ..... نام بیمه گر قبلی: .....																						
	تعداد حوادث منجر به فوت و نقص عضو و یا هزینه های پزشکی در سه سال گذشته:																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>تاریخ حادثه</th> <th>تعداد</th> <th>نوع حادثه (فوت / نقص عضو و ...)</th> <th>مبلغ خسارت (ریال)</th> <th>علت / مقصر حادثه</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				تاریخ حادثه	تعداد	نوع حادثه (فوت / نقص عضو و ...)	مبلغ خسارت (ریال)	علت / مقصر حادثه															
تاریخ حادثه	تعداد	نوع حادثه (فوت / نقص عضو و ...)	مبلغ خسارت (ریال)	علت / مقصر حادثه																			
میزان تعهدات درخواستی	الف: در هر حادثه		ب: در طی دوره بیمه نامه																				
	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه های عادی: ..... ریال. حداکثر تعهد فوت برای هر نفر در ماه های حرام: ..... ریال. حداکثر تعهد هزینه های پزشکی برای هر نفر: ..... ریال.		حداکثر تعهد فوت و نقص عضو: ..... ریال. حداکثر تعهد هزینه های پزشکی: ..... ریال.																				
تاییدیه بیمه گذار	اینجانب ..... به عنوان بیمه گذار / نماینده بیمه گذار تعهد می نمایم که اظهارات درج شده در این پیشنهاد بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران، ناجیان غریق و کادر فنی استخر در قبال استفاده کنندگان تنظیم گردیده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند مطابق مقررات رفتار نماید. لذا موافقت می گردد این پیشنهاد مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد. تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد: ..... نام و نام خانوادگی، امضاء و مهر بیمه گذار: .....																						
	این قسمت توسط نمایندگی / واحد صدور تکمیل می گردد:																						
مهر و امضاء و کد نمایندگی / واحد صدور:		تاریخ دریافت پیشنهاد:																					