



شرکت بیمه سامان

فرم پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران و ناچیان استخر

LAF017

تجدید نظر: **

صفحه: از 2

1- بیمه گذار (مدیریت استخر):		2- نام استخر:	
3- نشانی و تلفن:			
4- تعداد نوبتها (سانسها):		5- سانس فوق العاده یا ویژه:	
نوبت اول: از ساعت	تا ساعت	از ساعت	تا ساعت
نوبت دوم: از ساعت	تا ساعت	از ساعت	تا ساعت
نوبت سوم: از ساعت	تا ساعت		
نوبت چهارم: از ساعت	تا ساعت		
6- حداکثر ظرفیت مجموعه استخر در هر نوبت:		نفر	
7- متوسط تعداد استفاده کنندگان در هر نوبت:		نفر	
8- مساحت استخر:		مترمربع	
9- آیا استخر موضوع بیمه دارای استخر کودکان نیز می باشد؟			
10- آیا دراستخر آموزش شنا توسط مربیان انجام می پذیرد؟			
11- کدامیک از امکانات ذیل در مجموعه موضوع بیمه مورد استفاده قرار می گیرد؟			
<input type="checkbox"/> دایو	<input type="checkbox"/> پروژکتور روشن در کف استخر	<input type="checkbox"/> سرسره آبی یا وسایل بازی کودکان	<input type="checkbox"/> حوضچه آب سرد
<input type="checkbox"/> سونای خشک یا مرطوب	<input type="checkbox"/> سالن بدنسازی	<input type="checkbox"/> جکوزی	
- سایر موارد:			
12- آیا در مجموعه موضوع بیمه فعالیتهای ورزشی دیگری انجام می پذیرد؟ و سالنهای دیگری در مجاورت استخر برای آنها در نظر گرفته شده است؟			
13- نام نزدیکترین بیمارستان یا مرکز درمانی:			
14- آیا در صورت بروز حادثه امکانات کمکهای اولیه در محل استخر وجود دارد:			
15- نوع کفپوش محوطه اطراف استخر:			
<input type="checkbox"/> سیمان	<input type="checkbox"/> سنگ	<input type="checkbox"/> موزاییک	<input type="checkbox"/> سرامیک ساده
<input type="checkbox"/> سرامیک آجدار	<input type="checkbox"/> کفپوش پلاستیکی		



شرکت بیمه سامان

فرم پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران و ناچیان استخر

LAF017

تجدید نظر: **

صفحه: 2 از 2

16- تعداد ناچیان غریق :

تاریخ اخذ کارت نجات غریق :

نام و نام خانوادگی

-1

-2

-3

-4

-5

17- سابقه خسارت در 3 سال گذشته با ذکر علت حادثه و مبلغ خسارت :

18- مشخصات استخرهای مجموعه ورزشی :

نام استخر	طول (متر)	عرض (متر)	عمق (متر)	مساحت (مترمربع)
1				
2				
3				
4				
5				

19- تعهدات بیمه گر :

- هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه :

- هزینه پزشکی در طول مدت بیمه :

- غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه :

- غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه :

20- مدت بیمه :

پیشنهاد دهنده بدین وسیله اعلام و تایید می نماید که پاسخ کلیه سوالات فوق را به صورت کامل، منطبق با واقعیت و بر اساس آخرین اطلاعات خود ارائه نموده و با اطلاع از شرایط عمومی بیمه نامه اقدام به استعلام نرخ و شرایط نموده است. و همچنین موافقت می نماید این پرسشنامه مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد.

تاریخ:

پیشنهاد دهنده :

مهر و امضاء نماینده یا کارگزار: