


شماره سند: PI-FO-16 شماره بازنگری: 00	شرکت کارگزاری بیمه سایپا فرم مسئولیت مجموعه ورزشی	
--	--	---

بیمه گر مورد نظر (با توجه به شرکتهای ذکر شده در ذیل صفحه انتخاب گردد):		نام بیمه گذار: کد ملی/شناسه ملی: کد اقتصادی:
		نام مجموعه ورزشی :
		آدرس مجموعه ورزشی : کد پستی:
		مالک مجموعه ورزشی :
		تلفن مجموعه ورزشی :
از تاریخ : / / تا تاریخ : / /		مدت اعتبار بیمه نامه :
<input type="checkbox"/> بدون رای مراجع قضائی :	<input type="checkbox"/> با رای مراجع قضائی :	نحوه پرداخت خسارت :
<input type="checkbox"/> خیر:	<input type="checkbox"/> بلی :	آیا مربیان تحت پوشش بیمه باشند:
<input type="checkbox"/> خیر:	<input type="checkbox"/> بلی :	آیا تماشاچیان تحت پوشش بیمه باشند:
حداکثر تعداد استفاده کنندگان روزانه از مجموعه ورزشی :		
حداقل تعداد استفاده کنندگان روزانه از مجموعه ورزشی :		
ظرفیت تماشاچیان مجموعه ورزشی :		
تعهدات بیمه نامه :		
هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه :		
غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر :		
تعهد جانی بیمه گر در طول مدت قرارداد :		
نام و امضاء پیشنهاد دهنده :		
تاریخ پیشنهاد :		

