



آیا در سه سال گذشته حوادث منجر به فوت، صدمه بدنی و یا هزینه های پزشکی در ارتباط با نوع فعالیت مورد درخواست پیش آمده است؟  بلی  خیر  
در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل شود.

تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد صدمه بدنی	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)

سابقه بیمه ای

آیا بیمه گذار، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟  بلی  خیر  
لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه نامه را اعلام فرمائید.

مدت بیمه

مدت بیمه: ..... روز از ساعت ۲۴ روز ..... تا ساعت ۲۴ روز .....

تعهدات بیمه گر

در هر حادثه:

حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش هر نفر: ..... ریال.

حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه فوت هر نفر در ماه های حرام: ..... ریال.

حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر: ..... ریال.

در طی دوره بیمه:

حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش: ..... ریال.

حداکثر تعهد هزینه پزشکی: ..... ریال.

سایر اطلاعات بیمه ای مرتبط

چنانچه علاوه بر موارد فوق، اطلاعات دیگری می تواند بیمه گر را در ارزیابی دقیق ریسک راهنمایی نماید، لطفاً مرقوم فرمائید.

همچنین اعلام می دارد اظهارات یاد شده براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام شده است، از این رو موافقت می شود این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد و تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه تعیین شده اقدام شود.

تاریخ تکمیل:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

نام و امضاء بیمه گذار:

امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.