

قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما بر اساس اطلاعات مندرج در این برگ صادر می شود؛ خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمائید.

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار: کد ملی / شناسه ملی: شماره ثبت:
	تاریخ ثبت / تولد: / / کد اقتصادی:
مشخصات فعالیت بیمه گذار	نشانی:
	کد پستی: تلفن: تلفن همراه: پست الکترونیک:
مشخصات فعالیت بیمه گذار	نام مرکز همایش: امکانات رفاهی سالن همایش:
	نشانی مرکز همایش: کل مساحت مرکز همایش: تعداد طبقات: تعداد سالن ها: ابعاد هر سالن: ظرفیت هر سالن: تعداد صندلی در هر سالن: برآورد تعداد روزهای برگزاری: تعداد نوبت برنامه در سالن های مذکور طی هر شبانه روز: نوبت مدت زمان هر سانس: وسایل و تجهیزات ایمنی محل: نوع خطرات احتمالی در جریان برگزاری:
سابقه بیمه ای	آیا در سه سال گذشته حوادث منجر به فوت، صدمه بدنی یا هزینه های پزشکی در ارتباط با نوع فعالیت مورد درخواست پیش آمده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
	در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل گردد:
مدت بیمه	آیا بیمه گذار، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی لطفا در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه نامه را اعلام فرمائید.
	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.
	آیا مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر هستید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه. <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه. <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی هزینه کارشناسی در هر حادثه. <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی پوشش تعدد دیات و دیات غیرمسری در هر حادثه. <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی پوشش افزایش ریالی دیه در سال های بعد <input type="checkbox"/> یک بار <input type="checkbox"/> دو بار <input type="checkbox"/> سه بار
مورد درخواست پوشش های تکمیلی	ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه ریال. ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه ریال.

FO-LI-127-02

چنانچه علاوه بر موارد فوق، اطلاعات دیگری می‌تواند بیمه‌گر را در ارزیابی دقیق ریسک راهنمایی نماید، لطفاً مرقوم فرمائید.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

نام و امضاء بیمه گذار:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

تاریخ تکمیل:

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