

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 تور مورد بیمه	نشانی: کد پستی: تلفن: تلفن همراه: پست الکترونیک:																														
	این پرسشنامه صرفاً در خصوص تورهای برگزار شده داخل کشور ایران می باشد. <input type="checkbox"/> مایل به پوشش کلیه تورها می باشم <input type="checkbox"/> مایل به پوشش تورها به صورت موردی هستم نام مؤسسه گردشگری: موضوع تور: دوره های آموزشی تئوری <input type="checkbox"/> دوره های آموزش عملی <input type="checkbox"/> مسابقات ورزشی <input type="checkbox"/> زیارتی <input type="checkbox"/> تفریحی <input type="checkbox"/> سایر: تعداد شرکت کنندگان: نفر. مدت تور: روز. گروه سنی شرکت کنندگان: جنسیت شرکت کنندگان: مبدأ: مقصد: مسیر تور: وسیله تردد: چنانچه شرکت کنندگان در تور گروه های خاص جامعه (روشندلان، ناشنوایان، افراد استثنائی، نوابغ یا ...) هستند، اعلام فرمایید.																														
مورد درخواست پوشش های تکمیلی	آیا مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر هستید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> هزینه کارشناسی در هر حادثه. ریال ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش تعدد دیات و دیات غیرمسری در هر حادثه. ریال ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش افزایش ریالی دیه در سال های بعد <input type="checkbox"/> یک بار <input type="checkbox"/> دو بار <input type="checkbox"/> سه بار																														
	آیا در سه سال گذشته حوادث منجر به فوت، صدمه بدنی و یا هزینه ی پزشکی در ارتباط با نوع فعالیت مورد درخواست پیش آمده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل گردد:																														
سابقه بیمه ای	<table border="1"> <thead> <tr> <th>تاریخ حادثه</th> <th>نوع حادثه</th> <th>تعداد فوت</th> <th>تعداد صدمه بدنی</th> <th>تعداد هزینه پزشکی</th> <th>مبلغ خسارت (ریال)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد صدمه بدنی	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)																								
	تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد صدمه بدنی	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)																									
آیا بیمه گذار، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> لطفاً 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.																														

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 بیمه‌گذار:

نام و امضاء نماینده /کارگزار بیمه:

تاریخ تکمیل:

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