

قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما براساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می شود لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی را مطابق با مشخصات ذیل صادر نمایید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام شود.					
مشخصات بیمه گذار	نام مؤسسه گردشگری: شناسه ملی: تاریخ ثبت: ۱۳ / /				
	کد اقتصادی: شماره ثبت: نشانی: کد پستی: تلفن: همراه: پست الکترونیک:				
مشخصات فعالیت بیمه گذار	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: جنسیت: مبدأ و مقصد تور: مسیر تور: وسیله تردد: چنانچه شرکت کنندگان در تور گروه های خاص جامعه (روشندلان، ناشنوایان، افراد استثنائی، نوابغ یا ...) هستند، اعلام فرمایید. سایر توضیحات: در صورت تمایل به پوشش مسئولیت مدیر تور، لطفاً مشخصات مدیر تور اعلام گردد.				
	آیا قبلاً بیمه نامه مسئولیت داشته اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، شماره بیمه نامه سال قبل و نام شرکت بیمه را اعلام فرمایید. آیا در طی سه سال گذشته، در تورهایی با مدیریت شما حوادث منجر به فوت و نقص عضو و یا هزینه پزشکی روی داده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر مبلغ و تاریخ مرقوم فرمایید:				
سابقه بیمه ای	تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد هزینه پزشکی	تعداد نقص عضو	تعداد فوت
آیا متقاضی، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه را ذکر فرمایید.					
مدت بیمه	مدت بیمه: روز از تاریخ: ۱۳ / / تا تاریخ: ۱۳ / /				
	حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی: ریال. حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام: ریال. حداکثر تعهد بیمه گر جهت هزینه های پزشکی هر نفر در هر حادثه: ریال. حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: ریال. حداکثر تعهد بیمه گر جهت هزینه های پزشکی در طی دوره بیمه: ریال.				
ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد.					
تاریخ تکمیل:		نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:		نام و امضاء متقاضی بیمه:	