



فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران و مجریان آژانس‌های مسافرتی، تورها و اردوها در قبال شرکت کنندگان

کد مدرک: FO-LB-47/01
شماره:
تاریخ:

متقاضی گرامی! باتوجه به اینکه تعهدات بیمه‌گر و میزان حق بیمه براساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می‌شود، خواهشمندیم موارد درخواست شده را به‌صورت کامل، دقیق و خوانا پاسخ داده و هیچ‌یک را بدون پاسخ یا خط تیره نگذارید. اگر سؤالی غیرمرتبط است، در مقابل آن علامت ☒ بگذارید.

پیشنهاددهنده مشخصات	نام پیشنهاددهنده:	کد ملی / شناسه ملی:
	نام پدر:	تاریخ تولد/تأسیس: روز ماه سال
	تلفن / تلفن همراه:	کد پستی:
	نشانی:	
کد:		نماینده‌گی / کارگزار:

مشخصات تورها	نام آژانس:
	آدرس آژانس:
	متوسط تعداد تورهای مسافرتی و توریستی آژانس در طول یک‌سال:
	موضوع تور:
	محدوده جغرافیایی تورها:
	نوع تورها:
	تعداد شرکت‌کنندگان:
	مبدأ:
	تاریخ دقیق حرکت:
	مسیر حرکت:
چنانچه شرکت‌کنندگان در تور جزو گروه‌های خاص جامعه (روشن‌دلان، ناشنوایان، افراد استثنائی، نوابغ یا ...) هستند، اعلام فرمایید.	

پیشینه خسارت و سوابق بیمه‌ای	چند سال سابقه در این نوع فعالیت دارید؟
	لطفاً آمار حوادث پیش‌آمده در سه سال گذشته را در جدول زیر بنویسید:
شماره بیمه‌نامه سال قبل:	
نام بیمه‌گر سال قبل:	



فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران و مجریان آژانس‌های مسافرتی، تورها و اردوها در قبال شرکت کنندگان

کد مدرک: FO-LB-47/01

شماره:

تاریخ:

تعدادات درخواستی	الف: در هر حادثه:
	حداکثر تعهد مورد درخواست برای دیه و ارش هر نفر در هر حادثه ریال
	حداکثر تعهد مورد درخواست برای دیه فوت هر نفر در هر حادثه در ماه‌های حرام ریال
	حداکثر تعهد مورد درخواست برای هزینه‌های پزشکی هر نفر در هر حادثه ریال
	ب: در طی دوره بیمه:
	حداکثر تعهد مورد درخواست برای دیه و ارش در طی دوره بیمه ریال
	حداکثر تعهد مورد درخواست برای هزینه‌های پزشکی در طی دوره بیمه ریال
پوشش‌های تکمیلی	آیا مایل به خرید پوشش‌های تکمیلی زیر هستید؟
	دیه دوم یا بیشتر تا سقف ریال در طی دوره بیمه. ☐ بله ☐ خیر
	پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه و براساس نظر کارشناس بیمه‌گر. ☐ بله ☐ خیر
	جبران هزینه‌های پزشکی بدون تعرفه وزارت بهداشت و براساس فاکتورهای درمانی ارسالی. ☐ بله ☐ خیر
	جبران مابه‌التفاوت افزایش دیه پس از وقوع حادثه مشروط به به‌روز بودن دیه بیمه‌نامه در زمان حادثه: (یک‌بار ☐ دوبار ☐ سه‌بار ☐ ☐ بله ☐ خیر
	پوشش خسارت‌های وارد به شرکت کنندگان در تور، ناشی از استفاده از استخرهای بهداشتی و دارای مجوز ☐ بله ☐ خیر
مدت:	از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ به مدت روز.

اینجانب بدینوسیله اعلام می‌دارم که اظهارات مندرج در این فرم پیشنهاد صحیح بوده و هیچ‌گونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است. همچنین موافقت می‌شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

امضای این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه‌گر و یا پیشنهاد دهنده نخواهد بود.

نام و امضاء پیشنهاد دهنده:

تاریخ: ۱۳ / /

امضاء و مهر نماینده/کارگزار: