



بیمه دانا

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی برگزار کنندگان تور و اردوهای مسافرتی

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
تلفن: ۸۸۷۷۰۹۷۱-۸۰
نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

شماره فرم: DL - FR-751-55

صفحه: ۱ از ۲

مشخصات عمومی

۱- نام کامل بیمه گذار (حقیقی / حقوقی) :

شماره ملی / شناسه ملی : سال تولد: کد اقتصادی (شخص حقوقی):

نام کارگزار یا نماینده و کد نمایندگی :

۲- نشانی دقیق، کد پستی و تلفن بیمه گذار :

۳- تعداد حوادث در پنج سال گذشته و شرح نوع حوادث :

ردیف	تاریخ حادثه	تعداد حوادث	نوع (نقص عضو، فوت، مصدومیت و مالی)	علت و مقصر حادثه	مبلغ پرداخت شده (ریال)

۴- شماره بیمه نامه سال قبل: نام بیمه گر قبلی:

مشخصات مورد بیمه

■ نوع بیمه گذار : مدیران آژانس ها و توره های مسافرتی ☐ مدیران و برگزار کنندگان اردو ☐

✓ مجوز فعالیت از مبادی ذیربط جهت صدور این بیمه نامه الزامی می باشد.

■ متوسط تعداد تور یا اردو ها در یک سال : مدت : روز / میانگین تعداد مسافرین : نفر

■ نوع تور یا اردو: آموزشی ☐ زیارتی: (داخلی ☐ خارجی: عتبات عالیات ☐ / سایر ☐) تفریحی ☐ ورزشی ☐ سایر :

■ در مورد هر تور یا اردو موارد ذیل مشخص گردد : (اعلام لیست اسامی شرکت کنندگان در تور یا اردو حداقل ۲۴ ساعت قبل از حرکت الزامی می باشد).

مبدأ	مقصد	مدت زمان برگزاری تور/اردو (با ذکر تاریخ)	نوع وسیله سفر	تعداد نفرات شرکت کننده	نشانی محل اسکان

■ خطرات احتمالی در طول سفر:

■ آیا تمایل دارید مناطق جنگی تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند؟ بلی ☐ خیر ☐

■ نوع امکانات درمانی و کمک های اولیه که در محل مورد بیمه نامه قرار دارد ذکر نمایید:



بیمه دانا

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی برگزارکنندگان تور و اردوهای مسافرتی

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان
گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲
تلفن: ۸۸۷۷۰۹۷۱-۸۰
نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

شماره فرم: DL - FR-751-۵۵

صفحه: ۲ از ۲

پوشش‌های اضافی مورد درخواست بیمه گذار

- (۱) پوشش بیمه‌ای مازاد بر یک دیه (دیه دوم): حداکثر تا سقف یک دیه ماه عادی سال صدور بیمه نامه ☐
- (۲) پوشش افزایش مبلغ ریالی دیه : یک سال ☐ دو سال ☐ سه سال ☐
- (۳) پرداخت خسارت بدون رای دادگاه : ☐
- (۴) جبران هزینه های پزشکی با اعمال تعرفه بخش خصوصی: ☐

مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

مدت بیمه‌نامه: روز تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳ تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه	
هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)	
غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه	
غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)	

تأییدیه بیمه گذار

اینجانب به عنوان بیمه گذار/ نماینده بیمه گذار تعهد می نمایم که به سئوالات مندرج در این فرم پیشنهاد به درستی و منطبق بر واقعیت پاسخ داده و موافقت می‌نمایم مندرجات پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد

نام و امضا بیمه گذار

تاریخ دریافت فرم پیشنهاد

امضا و مهر واحد صدور

تاییدیه واحد صدور (نماینده/ شعبه):