



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

## پیشنهاد بیمه نامه مسافرتی

شناسه مدرک: PI-2280-FR-110

شماره بازنگری: 02

پیشنهاد دهنده گرامی، به دلیل این که بیمه نامه مطابق با متن این پیشنهاد تنظیم می گردد، خواهشمند است به همه پرسش های درج شده در این فرم با صداقت و به صورت کامل و خوانا پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. شرط اصلی اعتبار بیمه نامه، صحت اطلاعات درج شده در این فرم پیشنهاد بوده و در صورت صدور بیمه نامه، به آن استناد خواهد شد. همچنین در صورت عدم صدور بیمه نامه، این پیشنهاد هیچ گونه تعهدی برای بیمه گر و بیمه گذار ایجاد نخواهد کرد.

نام خانوادگی / نام سازمان، موسسه، شرکت:	نام:	
	کد ملی / اقتصادی:	
شماره شناسنامه / ثبت:	نام پدر:	محل سکونت: استان:
وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	محل سکونت: شهر:
نشانی دقیق:	کد پستی محل سکونت:	تلفن محل سکونت (با ذکر کد شهر):
تلفن همراه:	نسبت با بیمه شده: <input type="checkbox"/> خود شخص <input type="checkbox"/> سایر	

نام خانوادگی:	نام:	
	کد ملی:	
شماره شناسنامه:	نام پدر:	تاریخ تولد میلادی: روز ..... ماه ..... سال .....
وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تاریخ تولد شمسی: روز ..... ماه ..... سال .....
تاریخ میلادی اعتبار گذرنامه: روز ..... ماه ..... سال .....	نشانی دقیق:	محل سکونت: استان:
تلفن همراه:	کد پستی محل سکونت:	تلفن محل سکونت (با ذکر کد شهر):

سفرات تحویل گیرنده بیمه نامه:	نام دقیق کشور(های) مقصد:
نوع سفر: <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> MULTIPLE	مدت کل سفر (روز):
هدف از مسافرت: <input type="checkbox"/> شرکت در مسابقات <input type="checkbox"/> تفریحی <input type="checkbox"/> زیارتی <input type="checkbox"/> تحصیلی <input type="checkbox"/> تجاری <input type="checkbox"/> سایر:	سقف تعهد هزینه پزشکی درخواستی خود را مشخص فرمایید: <input type="checkbox"/> ۱۰,۰۰۰ ریورو <input type="checkbox"/> ۳۰,۰۰۰ ریورو <input type="checkbox"/> ۵۰,۰۰۰ ریورو <input type="checkbox"/> سایر:
<input type="checkbox"/> طرح اقتصادی: با نرخ تسعیر یورو به ریال - ۴۰,۰۰۰ ریال (در این طرح خسارت بر پایه یوروی ۴۰,۰۰۰ ریال پرداخت می شود).	<input type="checkbox"/> طرح طلایی: با نرخ تسعیر یورو به ریال - ۸۰,۰۰۰ ریال (در این طرح خسارت بر پایه یوروی ۱۱۰,۰۰۰ ریال پرداخت می شود).

۱. هرگونه هزینه مربوط به بیماری های موجود، مزمن، عودکننده یا بیماری هایی که بیمه شده از قبل به آنها مبتلا بوده است (دوران نقاهت نیز جزء بیماری محسوب می شود)، تحت پوشش این بیمه نامه نمی باشد.

۲. در صورت عدم دریافت ویزا، حق بیمه با کسر هزینه های اداری و با ارایه اصل گذرنامه و اصل بیمه نامه و در مهلت درج شده در بیمه نامه قابل برگشت می باشد.

۳. چنانچه بیمه شده موفق به اخذ ویزا گردد و سپس به شرکت بیمه اعلام انصراف از سفر نماید، حق بیمه پس از پایان مدت ویزا، با کسر هزینه های اداری و در مهلت درج شده در بیمه نامه قابل برگشت می باشد.

۴. حق بیمه برگشتی فقط در وجه بیمه شده یا نماینده قانونی وی و با ارایه مدارک مثبت و معرفی نامه کتبی با امضای بیمه شده قابل پرداخت می باشد.

۵. این بیمه نامه برای ویزای دانشجویی، شرکت در مسابقات ورزشی، انجام درمان، افراد مقیم خارج از ایران، افرادی که ورود ایشان به کشور مقصد با گذرنامه غیر ایرانی ثبت می شود، اتباع خارجی و افرادی که در زمان خرید بیمه نامه خارج از کشور ایران هستند، فاقد اعتبار می باشد.

۶. حداکثر مدت پوشش متوالی این بیمه نامه ۹۲ روز است و بیمه نامه های صادره طولانی مدت برای سفرهای متعدد بیمه شده در طول مدت اعتبار بیمه نامه در صورتی دارای اعتبار است که مدت هر سفر از ۹۲ روز متوالی بیشتر نباشد.

محل امضاء	اینجانب اطلاعات مندرج در این پیشنهاد را تایید می نمایم و یادآوری های فرم را به طور کامل و دقیق مطالعه نموده ام. ضمن اطلاع کامل و قبول همه شرایط درج شده در این فرم، درخواست خود را مبنی بر صدور بیمه نامه درمانی مسافرتی عازم به خارج از کشور اعلام می دارم.
	نام و نام خانوادگی بیمه گذار:
کد نمایندگی	تاریخ و امضاء:
مهر، امضاء و نام نمایندگی:	تاریخ: ..... / ..... / ۱۳.....