



پیشنهاد بیمه درمانی مسافرین عازم به خارج از کشور

شماره شناسایی سند: PI31F037

شماره بازنگری: 00

پیشنهاد دهنده گرامی، به دلیل اینکه بیمه‌نامه مطابق با متن این پیشنهاد تنظیم می‌گردد، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با صداقت و به صورت کامل و خوانا پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. شرط اصلی اعتبار بیمه‌نامه، صحت اطلاعات مندرج در این فرم پیشنهاد بوده و در صورت صدور بیمه‌نامه، به آن استناد خواهد شد. ضمناً در صورت عدم صدور بیمه‌نامه، این پیشنهاد هیچ‌گونه تعهدی برای بیمه‌گر و بیمه‌گذار ایجاد نخواهد کرد.

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

مشخصات بیمه‌گذار
(حقیقی/حقوقی)

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

مشخصات بیمه‌شده
(حقیقی)

نام دقیق کشور(های) مقصد:		سفرات تحویل‌گیرنده بیمه‌نامه:	
مدت کل سفر (بر حسب روز):		نوع سفر: SINGLE <input type="checkbox"/> MULTIPLE <input type="checkbox"/>	
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: 10,000 ریورو <input type="checkbox"/> 30,000 ریورو <input type="checkbox"/> 50,000 ریورو <input type="checkbox"/> سایر:			

مشخصات سفر

1. هرگونه هزینه مربوط به بیماری‌های موجود، مزمن، عودکننده یا بیماری‌هایی که بیمه‌شده قبلاً به آن‌ها مبتلا بوده است (دوران نقاهت نیز جزء بیماری محسوب می‌شود)، تحت پوشش این بیمه‌نامه نمی‌باشد.

2. در صورت عدم دریافت ویزا، حق بیمه با کسر 20,000 ریال و با ارائه اصل گذرنامه و اصل بیمه‌نامه و در مهلت درج‌شده در بیمه‌نامه قابل برگشت می‌باشد.

3. چنانچه بیمه‌شده موفق به اخذ ویزا گردد و سپس به شرکت بیمه اعلام انصراف از سفر نماید، حق بیمه پس از پایان مدت ویزا و با کسر 20,000 ریال و در مهلت درج شده در بیمه‌نامه قابل برگشت می‌باشد.

4. حق بیمه برگشتی فقط در وجه بیمه‌شده یا نماینده قانونی وی و با ارائه مدارک مثبت و معرفی‌نامه کتبی با امضاء بیمه‌شده قابل پرداخت می‌باشد.

5. این بیمه‌نامه 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 می‌شود، اتباع خارجی و افرادی که در زمان خرید بیمه‌نامه خارج از کشور ایران هستند، فاقد اعتبار می‌باشد.

تذکرات

اینجانب اطلاعات مندرج در این پیشنهاد را تایید می‌نمایم و تذکرات فرم مزبور را به طور کامل و دقیق مطالعه نموده‌ام. ضمن اطلاع کامل و قبول کلیه شرایط مندرج در این فرم، درخواست خود را مبنی بر صدور بیمه‌نامه درمانی مسافرین عازم به خارج از کشور اعلام می‌دارم.	کد نمایندگی
نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار:	مهر، امضاء و نام نمایندگی
تاریخ و امضاء:	تاریخ: 13...../...../.....

محل امضاء