



پرسشنامه بیمه مسئولیت مدیران تورهای سیاحتی و زیارتی

مشخصات متقاضی

موسسه / شرکت / سازمان :										وضعیت : <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی																			
شناسه ملی										شناسه اقتصادی																			
آدرس :																													
کدپستی :										تلفن :										نمابر :									

اطلاعات فعالیت

نوع فعالیت شرکت/موسسه :

موضوع تور : تعداد افراد شرکت کننده در تور : نفر

نشانی محل تور :

اسامی مسافری شرکت کننده در تور :

پوشش اضافی مورد نیاز خود را انتخاب کنید :

پوشش اضافی خطرات ناشی از جنگ پوشش اضافی خطرات ناشی از وسائط نقلیه موتوری تور خارجی

مدت بیمه نامه

این بیمه نامه برای مدت روز ، از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ درخواست می گردد.

تعدادات درخواستی

ریال	حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه به مبلغ
ریال	حداکثر هزینه پزشکی برای اشخاص در طول مدت بیمه نامه به مبلغ
ریال	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه به مبلغ
ریال	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای مجموع اشخاص در طول مدت بیمه نامه به مبلغ

این پرسشنامه به درخواست اینجانب تکمیل و با امضای آن ضمن تصدیق مندرجات، اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سئوالات فوق با صداقت و حسن نیت جواب داده شده است و در صورت اثبات هر گونه اظهار خلاف واقع و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن مطابق مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه متوجه اینجانب می باشد.

تاریخ تکمیل : / / ۱۳

مهر و امضای نمایندگی :

نام و نام خانوادگی متقاضی :

مهر و امضاء