شناسه مدرک: PI-۲۲۸۰-FR-۱۱۰
شماره بازنگری: ۰۳

پیشنهاد بیمه‌نامه مسافرتی

پارسیان (سهامی عام)
شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

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

مشخصات بیمه‌گذار (حقیقی/حقوقی)

نام: | نام‌خانوادگی/ نام سازمان، موسسه، شرکت:

کد ملی/ اقتصادی: | شماره شناسنامه/ ثبت: | نام پدر: | محل صدور/ ثبت:

تاریخ تولد/ ثبت: روز ..... ماه ..... سال ..... | وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد | جنسیت: ☐ مرد ☐ زن | محل تولد:

محل سکونت: استان: | شهر: | نشانی دقیق:

تلفن محل سکونت (با ذکر کد شهر): | کدپستی محل سکونت: | تلفن همراه:

نسبت با بیمه‌شده: ☐ خود شخص ☐ سایر .....

مشخصات بیمه‌شده (حقیقی)

نام: | نام‌خانوادگی:

کد ملی: | شماره شناسنامه: | نام پدر: | محل صدور:

تاریخ تولد میلادی: روز ..... ماه ..... سال ..... | وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد | جنسیت: ☐ مرد ☐ زن | محل تولد:

تاریخ تولد شمسی: روز ..... ماه ..... سال ..... | شماره گذرنامه: | تاریخ میلادی اعتبار گذرنامه: روز ..... ماه ..... سال .....

محل سکونت: استان: | شهر: | نشانی دقیق:

تلفن محل سکونت (با ذکر کد شهر): | کدپستی محل سکونت: | تلفن همراه:

مشخصات سفر

نام دقیق کشور(های) مقصد: | سفارت تحویل‌گیرنده بیمه‌نامه:

مدت کل سفر (روز): | نوع سفر: ☐ *SINGLE* ☐ *MULTIPLE*

هدف از مسافرت: ☐ شرکت در مسابقات ☐ تفریحی ☐ زیارتی ☐ تحصیلی ☐ تجاری ☐ سایر: .....

سقف تعهد هزینه پزشکی درخواستی خود را مشخص فرمایید: ☐ ۱۰,۰۰۰ یورو ☐ ۳۰,۰۰۰ یورو ☐ ۵۰,۰۰۰ یورو ☐ سایر: .....

یادآوری

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

۲. در صورت عدم دریافت ویزا، حق بیمه با کسر هزینه‌های اداری و با ارایه اصل گذرنامه و اصل بیمه‌نامه و در مهلت درج‌شده در بیمه‌نامه قابل برگشت می‌باشد.

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

۴. حق بیمه برگشتی فقط در وجه بیمه‌شده یا نماینده قانونی وی و با ارایه مدارک مثبته قابل پرداخت می‌باشد.

۵. 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.

۶. حداکثر مدت پوشش متوالی این بیمه‌نامه ۹۲ روز است و بیمه‌نامه‌های صادره طولانی مدت برای سفرهای متعدد بیمه‌شده در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه در صورتی دارای اعتبار است که مدت هر سفر از ۹۲ روز متوالی بیشتر نباشد.

۷. در صورتی‌که به هر دلیلی، تسویه ارزی خسارت در کشور مقصد بیمه‌نامه امکان‌پذیر نباشد، خسارت در کشور ایران به ریال و با نرخ ارز نیمایی روز وقوع خسارت محاسبه و پرداخت می گردد.

محل امضاء

اینجانب اطلاعات درج‌شده در این پیشنهاد را تایید می‌نمایم و یادآوری‌های فرم را به طور کامل و دقیق مطالعه نموده‌ام. ضمن اطلاع کامل و قبول همه شرایط درج‌شده در این فرم، درخواست خود را مبنی بر صدور بیمه‌نامه درمانی مسافرین عازم به خارج از کشور اعلام و تایید می‌نمایم که اصل بیمه‌نامه و شرایط عمومی بیمه مسافرتی را تحویل گرفته‌ام.

نام و نام‌خانوادگی بیمه‌گذار: | تاریخ و امضاء:

کد نمایندگی

مهر، امضاء و نام نمایندگی:

تاریخ: ...../ ...../ ۱۳