



فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مدیران اردو و تورهای گردشگری

شماره سند: FM-LI-44/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیران تور در مقابل مسافران را با مشخصات زیر صادر نمائید. ضمناً تعهد می‌نمایم نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

موضوع بیمه عبارت است از مسئولیت مدنی مدیر اردو در قبال شرکت کنندگانی که مشخصات (شامل نام و نام خانوادگی و شماره ملی) آنها حداقل ۲۴ ساعت قبل از شروع اردو به بیمه گر گردیده باشد. بدین معنا که چنانچه در جریان برگزاری اردو توسط بیمه گذار خسارت بدنی به افراد شرکت کننده وارد آید و بیمه گذار مسئول جبران آن شناخته شود، بیمه گر پس از احراز مسئولیت بیمه گذار به جبران آن اقدام خواهد نمود.

نام و نام خانوادگی مدیر اردو:

تاریخ تولد: روز ماه سال

تلفن / همراه:

کد پستی:

کد ملی:

نشانی:

موضوع اردو:

دوره های آموزشی تئوری دوره های آموزشی عملی مسابقات ورزشی سایر

تعداد شرکت کنندگان: نفر. مدت اردو: روز گروه سنی: جنسیت:

مکان اردو:

مسیر اردو:

آیا در طی سه سال گذشته، در اردوهایی با مدیریت شما حوادث منجر به فوت و نقص عضو و یا هزینه پزشکی روی داده است؟ بلی خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر مبلغ و تاریخ مرقوم فرمایید:

تعداد فوت	تعداد نقص عضو	مبلغ خسارت (ریال)	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ هزینه پزشکی (ریال)	نوع حادثه	تاریخ حادثه

مدت بیمه:

روز از تاریخ

تا تاریخ

حداکثر تعهد مورد درخواست برای دیه فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه: ریال

حداکثر تعهد مورد درخواست برای دیه فوت در ماههای حرام برای هر نفر در هر حادثه: ریال

حداکثر تعهد مورد درخواست برای هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه: ریال

حداکثر تعهد مورد درخواست برای دیه فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: ریال

حداکثر تعهد مورد درخواست برای هزینه پزشکی در طی دوره بیمه: ریال

آیا درخواست پوشش حوادث استخر دارید؟ بلی خیر

آیا درخواست پوشش حوادث وسایل نقلیه موتوری مازاد بر شخص ثالث دارید؟ بلی خیر

چنانچه شرکت کنندگان در اردو جزء گروههای خاص جامعه (روشندان، ناشنوایان، افراد استثنائی، نوابغ یا) می باشند اعلام فرمایید.
سایر توضیحات:

ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر براساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

تاریخ:

نماینده / کارگزار:

نام و امضاء متقاضی بیمه: