|  |
| --- |
| **1- نام و نشاني بیمه‌گذار (ذکر کد ملی یا کد اقتصادی برای اشخاص حقیقی یا حقوقی ضروری میباشد):** |
| **2-مدت بیمه نامه: روز ازتاریخ : تا تاریخ:** |
| **3- موضوع تور :** |
| **4- تعداد اعضای تور :** |
| **5- اسامی شرکت کنندگان در تور :‌**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1-** | **2-** | **3-** |
| **4-** | **5-** | **6-** |
| **7-** | **8-** | **9-** |
| **10-** | **11-** | **12-** |
| **13-** | **14-** | **15-** |
| **16-** | **17-** | **18-** |
| **19-** | **20-** | **21-** |
| **22-** | **23-** | **24-** |
| **25-** | **26-** | **27-** |
| **28-** | **29-** | **30-** |
| **31-** | **32-** | **33-** |
| **34-** | **35-** | **36-** |
| **37-** | **38-** | **39-** |
| **40-** | **41-** | **42-** |
| **43-** | **44-** | **45-** |
| **46-** | **47-** | **48-** |
| **49-** | **50-** | **51-** |
| **52-** | **53-** | **54-** |
| **55-** | **56-** | **57-** |
| **58-** | **59-** | **60-** |
| **61-** | **62-** | **63-** |
| **64-** | **65-** | **66-** |

 **6- پوشش اضافی خطرات ناشی از جنگ🞎****7پوشش اضافی خطرات ناشی از وسایط نقلیه موتوری 🞎**  |
| **8- تعهدات درخواستی** **هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه :****هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه****غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر:****غرامت فوت و نقص عضو اشخاص در طول مدت بیمه نامه** |
| **تاریخ:** | **نام و مهر و امضای بیمه‌گذار:** |