



تاریخ درخواست:

بیمه گذار محترم

احتراماً خواهشمند است فرم زیر را تکمیل نمایید. تکمیل فرم به معنای صدور بیمه نامه نمی باشد.

در صورت عدم صحت موارد اعلامی بیمه گرمی تواند بیمه نامه را فسخ نموده و براساس اصل عدم حسن نیت بیمه نامه از درجه اعتبار ساقط بوده و خسارتی به بیمه گذار تعلق نمیگیرد.

نام بیمه گذار:

شماره بیمه نامه:

مدت بیمه نامه: مدت بیمه نامه درخواستی:

تاریخ خروج از کشور:

کشور مقصد:

علت تمدید:

شماره تماس :

آدرس ایمیل:

آیا در مدت بیمه نامه فعلی خسارت دریافت نموده اید و یا اعلام خسارت داشته اید؟

آیا در مدت بیمه نامه فعلی حادثه و یا مشکل پزشکی برای شما پیش آمده؟

آیا سابقه بیماری زمینه ای یا دارای مشکل یا بیماری هستید؟

توضیحات تکمیلی:

تاریخ و امضا بیمه گذار

این قسمت توسط همکاران اداره خسارت یا صدور مسافرتی تکمیل می گردد:

☐ می باشد

☐ نمی باشد

بیمه نامه مذکور در تاریخ درخواست تمدید , دارای خسارت در سیستم کمک رسان و نویان

نام , تاریخ و امضا