



In the Name of God  
بسمه تعالی

Date of issue: تاریخ صدور
Agency code: کد نمایندگی
Issuance code: کد صدور

**Insurance Policy Proposal Form for Passengers traveling to Iran**

**( فرم پیشنهاد بیمه نامه مسافریین عازم به ایران )**

\*The proposer is requested to answer all questions in this questionnaire correctly and fully.

\* از پیشنهاد دهنده تقاضا می شود به کلیه سئوالات مندرج در این پرسشنامه پاسخ صحیح و کامل داده شود.

\*This offer is an integral part of the insurance policy and, if it is not issued for any reason, will not create any liability for the insurer and the policy holder.

\* این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه بوده و در صورتیکه به هر علت بیمه نامه صادر نشود هیچگونه تعهدی برای بیمه گر و بیمه گذار ایجاد نخواهد نمود.

**The Insurer / Insured Profile:**

**مشخصات بیمه گذار / بیمه شده :**

Name of the Policy Holder : English / Persian	نام و نام خانوادگی بیمه گذار: فارسی / لاتین	
Date of birth ( میلادی ) / تاریخ تولد ( میلادی ) : / /	Passport Number / شماره گذرنامه : Sex / جنسیت : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Trip Duration / مدت سفر : ۷ <input type="checkbox"/> ۱۵ <input type="checkbox"/> ۳۱ <input type="checkbox"/> ۴۵ <input type="checkbox"/> ۶۲ <input type="checkbox"/> ۹۲ <input type="checkbox"/>	Purpose of Travel / هدف از سفر :	
Nationality / ملیت :	Occupation / شغل :	Telephone Number / شماره تلفن :
Mail Address / آدرس پستی :	E-mail / ایمیل :	Trip Start Date / تاریخ شروع سفر :
The agent's contact number / تلفن تماس نماینده :		
Address and telephone number of place of residence in Iran / آدرس و تلفن محل اقامت در ایران :		

**Please pay attention to the following points :**

**لطفاً به نکات ذیل توجه فرمائید :**

- 1 - This insurance policy is issued only to foreign nationals applying for entry into Iran.  
۱- این بیمه نامه فقط برای اتباع خارجی متقاضی ورود به ایران صادر می گردد.
- 2 - The costs of work-related accidents and sports and education events are not covered.  
۲- هزینه های مربوط به حوادث ناشی از کار و مسابقات ورزشی و تحصیلی تحت پوشش نمی باشد.
- 3 - Maximum insurance obligation of the insurer for total coverage of this insurance policy is Euros 10,000 for each person.  
۳- حداکثر تعهد بیمه گر بابت مجموع پوشش های این بیمه نامه ۱۰,۰۰۰ یورو جهت هر نفر می باشد.
- 4 - In the event of lost of the original insurance policy or any damage or deletion to it, the insurance policy shall not be revoked and duplicate insurance policy shall not be issued.  
۴- در صورت مفقود شدن اصل بیمه نامه یا هر گونه آسیب یا مخدوش شدن آن به هیچ عنوان بیمه نامه قابل ابطال نبوده و بیمه نامه المثنی صادر نمی گردد.
- 5 - To cancel or change the insurance policy duration, it is necessary to observe the original passport and to present the original insurance policy. It should be noted that at the time of validity of the visa, the insurance policy is not invalidated at all.  
۵- برای ابطال و یا تغییر مدت بیمه نامه رویت اصل گذرنامه و ارائه اصل بیمه نامه الزامی می باشد. لازم به ذکر است در زمان اعتبار ویزا بیمه نامه به هیچ وجه باطل نمی گردد.
- 6 - The deadline for applying for the cancellation of the insurance policy shall be no longer than six months from the date of issue. Obviously, after the said period, the insurance policy shall be invalid and insurance premium is not refundable.  
۶- مهلت درخواست ابطال بیمه نامه حداکثر شش ماه از تاریخ صدور خواهد بود. بدیهی است بعد از مدت مذکور بیمه نامه از درجه اعتبار ساقط و حق بیمه قابل برگشت نمی باشد.
- 7 - The insurer is obliged to revoke the insurance policy and pay the remaining premium upon the insured's request, deducting 50,000 Rials (one euro) of the premium, if the visa is not issued to the insured person.  
۷- بیمه گر موظف است در صورت عدم صدور روایت به درخواست بیمه شده یا کسر ۵۰,۰۰۰ ریال از مبلغ حق بیمه، بیمه نامه را باطل و باقیمانده حق بیمه را بازپرداخت نماید.
- 8 - The insurer is obliged to revoke the insurance policy and pay the remaining premium upon the insured's request, deducting 50,000 Rials (one euro) of the premium, if the visa is not issued and the travel is not made.  
۸- بیمه گر موظف است در صورت صدور روایت و عدم انجام سفر به درخواست بیمه شده پس از انقضای مدت روایت یا کسر ۵۰,۰۰۰ ریال از مبلغ حق بیمه، بیمه نامه را ابطال و حق بیمه باقیمانده را باز پرداخت نماید.
- 9 - The costs of existing, recurrent, chronic diseases or illnesses that the insured has already suffered from are not covered by this insurance policy. (Recovery period is considered as disease term.)  
۹- هزینه های مربوط به بیماریهای موجود، عود کننده، مزمن یا بیماریهایی که بیمه شده قبلاً به آنها مبتلا بوده، تحت پوشش این بیمه نامه نمی باشد. (دوران نقاهت جزء بیماری محسوب می شود.)
- 10 - The costs incurred by the insured person, "without the prior consent of Asia Insurance Co", shall not be eligible for compensation.  
۱۰- هزینه هایی که بیمه شده شخصاً و بدون موافقت قبلی "شرکت بیمه آسیا" متحمل شده است، مشمول جبران خسارت نمی شود.
- 11 - Damages in Iran are settled by Asia Insurance Co (Emdadrasan Company). Therefore, the insured person is obliged to contact to Emdadrasan Company before referring to the hospital or visiting a doctor (telephone number included in the text of the insurance policy), and if it is not possible to make contact, he must notify the insurer of the matter via fax and/or email, and in emergency cases, it should be within the maximum period of 5 days from the time of admission and before the discharge so that after the filing, subsequent follow-up became possible. Damages that have not been reported to the insurer at the place will not be investigated in any way.  
۱۱- خسارت در ایران و توسط شرکت بیمه آسیا (شرکت امداد رسان) تسویه می گردد. بدینرو بیمه شده موظف است قبل از مراجعه به بیمارستان یا پزشک با شرکت امداد رسان ( شماره تلفن مندرج در متن بیمه نامه) تماس بگیرد و در صورت عدم امکان برقراری تماس مراتب از طریق نمابر و یا ایمیل به اطلاع این شرکت برساند و در موارد اورژانسی می بایست حداکثر ظرف مدت ۵ روز از زمان بستری و قبل از ترخیص موضوع را به بیمه گر اعلام نماید تا پس از تشکیل پرونده، پیگیری های بعدی میسر گردد. خسارتهایی که در محل به اطلاع شرکت بیمه گر نرسیده باشد به هیچ وجه قابل رسیدگی نخواهد بود.
- 12 - The responsibility for not completing the form by the insured shall be held by the issuer department.  
۱۲- مسئولیت عدم تکمیل فرم مذکور توسط بیمه شده، بعهدده واحد صادر کننده می باشد.

Insurer or proposer

بیمه گذار یا پیشنهاد دهنده

Date and signature

تاریخ و امضاء

Issuing department / agent / broker

واحد صدور / نماینده / کارگزار

Date, seal and signature

تاریخ، مهر و امضاء

Note: This proposal form is valid with the signature of the insurer, agent or issuer of the insurance policy.

توجه: این فرم پیشنهاد با امضاء بیمه گذار، نماینده و یا واحد صادر کننده بیمه نامه معتبر می باشد.