



# پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای کارشناسان رسمی دادگستری

بیمه ایران

شرکت سهامی بیمه ایران

## مشخصات متقاضی

|            |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| کد ملی     |  |  |  |  |       |  |  |  |  | خانم/آقای ..... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| تلفن ..... |  |  |  |  |       |  |  |  |  | آدرس : .....    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| نمبر       |  |  |  |  | همراه |  |  |  |  | کد پستی         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## سوابق بیمه ای

آیا طی سه سال گذشته دارای بیمه نامه در خصوص فعالیت خود بوده اید؟  بله  خیر (در صورت مثبت بودن پاسخ جدول زیر را تکمیل فرمائید)

| سال | نام شرکت بیمه | شماره قرارداد | تاریخ انقضا | تعداد خسارت | علت خسارت | مبلغ خسارت |
|-----|---------------|---------------|-------------|-------------|-----------|------------|
|     |               |               |             |             |           |            |
|     |               |               |             |             |           |            |
|     |               |               |             |             |           |            |

## اطلاعات فعالیت

(۱) شماره پروانه کارشناسی .....

(۲) آدرس دفتر کار : ..... تلفن .....

(۳) سوابق کاری خود را به اختصار شرح دهید : .....

(۴) موضوعات مورد رسیدگی را نام ببرید : .....

## تعهدات درخواستی

حداکثر تعهد مالی در هر حادثه و در طول مدت بیمه نامه به مبلغ ..... ریال درخواست می گردد.

## مدت بیمه نامه

بیمه نامه به مدت ..... روز، از ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳ تا ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳ درخواست می گردد.

این پرسشنامه به درخواست اینجانب تکمیل و با امضای آن ضمن تصدیق مندرجات اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سئوالات فوق با صداقت و حسن نیت جواب داده شده است و در صورت اثبات هرگونه اظهار خلاف و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن مطابق مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه متوجه اینجانب می باشد.

مهر و امضای نمایندگی

نام، نام خانوادگی و مهر و امضای متقاضی

تاریخ تکمیل