



پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای دامپزشکان

مشخصات متقاضی

کد ملی		خانم / آقای		شخص حقیقی
شماره شناسنامه		تاریخ تولد		
شناسه اقتصادی		شرکت / موسسه		شخص حقوقی
		دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/>		
کد پستی		شناسه ملی		
آدرس :		تلفن		
همراه		نمبر		

سوابق بیمه ای

(۱) آیا طی سال گذشته بیمه نامه ای در این خصوص داشته اید ؟ بله خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ نام بیمه گر، شماره بیمه نامه و تاریخ انقضای آن را درج نمایید :

(۲) تعداد و مبلغ خسارت دریافتی از شرکت های بیمه گر ناشی از مسئولیت حرفه ای خود را طی ۲ سال گذشته درج نمایید

اطلاعات فعالیت

(۱) نوع تخصص

(۲) شماره نظام دامپزشکی

(۳) آدرس مطب تلفن

(۴) تعداد تقریبی اعمال جراحی در مدت یکسال :

(۵) آیا کمک کاردان/کارشناس در اختیار دارید؟ بله خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ نام کاردان/کارشناس را درج نمایید :

تعهدات درخواستی

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

مدت بیمه نامه

پوشش بیمه ای به مدتروز، از ساعت ۲۴ مورخ / / 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 هر گونه اظهار خلاف واقع و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن مطابق مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه متوجه اینجانب می باشد.

نام و مهر و امضای نماینده

نام و مهر و امضای متقاضی

تاریخ تکمیل