



بیمه ایران

پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای وکلای رسمی دادگستری

شرکت سهامی بیمه ایران

مشخصات متقاضی

خانم/آقای										کد ملی																			
آدرس :																													
کد پستی										همراه										نمبر									

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 وکالت

(۲) آدرس دفتر وکالت :

(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