



پرسشنامه مسئولیت حرفه ای دلالتان رسمی بیمه

مشخصات متقاضی

										خانم / آقای :										کد ملی										○ شخص حقیقی									
										تاریخ تولد ۱۳ / /										شماره شناسنامه :																			
										شرکت / موسسه :										شناسه ملی										○ شخص حقوقی									
										شناسه اقتصادی										کد پستی																			
										تلفن										نمابر										همراه									

اطلاعات فعالیت

(۱) شماره پروانه نمایندگی/کارگزاری :

(۲) تاریخ صدور/تمدید پروانه ۱۳ / / • مدت اعتبار پروانه روز.

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

(۴) نام کارکنان نمایندگی/کارگزاری را درج نمائید :

تعهدات درخواستی

حداکثر تعهد بیمه گر 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 / / تا ساعت ۲۴ مورخ / / 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.

محل امضای واحد اجرایی

نام، نام خانوادگی و مهر و امضای متقاضی

تاریخ تکمیل