



بیمه ایران

## پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای سردفتر داران و دفتریاران

### مشخصات بیمه گذار:

نام کامل شخص پیشنهاددهنده:	شماره دفتر خانه:	کد ملی:
شماره شناسنامه:	سال تولد:	محل صدور:
نشانی سکونت بیمه گذار:		
نشانی محل موردبیمه:		
تلفن:	فاکس:	همراه:

### اطلاعات ارزیابی ریسک:

۱ آیا طی سه سال گذشته دارای بیمه نامه در خصوص موضوع فعالیت خود بوده اید؟  بلی  خیر

در صورت پاسخ مثبت، نام شرکت بیمه و شماره بیمه نامه را قید فرمائید:

نام شرکت بیمه:	شماره بیمه نامه:

۲ آیا طی سه سال گذشته از محل بیمه نامه های فوق ادعا یا خسارتی صورت پذیرفته است:

تعداد ادعا یا خسارت:	مبلغ ادعا یا خسارت:

### میزان تعهدات مورد درخواست:

حدود تعهدات مالی	حداکثر تعهد مالی بیمه گر در هر ادعای حقوقی	ریال
در قبال مشتریان	حداکثر تعهد مالی بیمه گر طول مدت اعتبار بیمه نامه	ریال

- ۱- مدت بیمه نامه موردخواست: ..... (سال) ..... از ساعت ۲۴ مورخ ..... تا ساعت ۲۴ مورخ .....
- ۲- سالهای تحت پوشش (دوره کشف): ..... (سال)
- شروع تعهدات بیمه گر، از تاریخ صدور بیمه نامه نافذ بوده و هرگونه خسارت کشف شده یا نشده قبل از شروع تعهدات بیمه گر، مستثنی است.
- ۳- تصویر پروانه فعالیت بیمه گزار پیوست این پرسشنامه بوده و جزء لاینفک بیمه نامه صادره خواهد بود.

تاریخ: .....

مهر و امضاء پیشنهاد دهنده:

مهر و امضاء نمایندگی: