



پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی شکارچیان و محیط بانان

متقاضی محترم با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می گردد. خواهشمند است به کلیه پرسشهای مطروحه زیر بطور دقیق و کامل پاسخ دهید.

نام و کد معرف :	
۱- مشخصات متقاضی	
۱/۱- نام و نام خانوادگی متقاضی :	
۱/۲- کد ملی :	۱/۳- شماره شناسنامه/محل صدور :
۱/۴- نشانی :	
تلفن ثابت :	تلفن همراه:
کدپستی :	
۲- مشخصات سلاح	
۲/۱- نوع اسلحه :	
۲/۲- شماره بدنه:	
۲/۳- شماره و تاریخ مجوز :	
۲/۴- نام واحد صادر کننده مجوز :	
۲/۵- مدت اعتبار مجوز:	
۲/۶- محدوده جغرافیایی شکار یا محیط بانی :	
۳- سوابق بیمه ای	
۳/۱- آیا تا کنون نزد شرکت بیمه دیگری دارای سوابق بیمه ای می باشید؟ (نام ببرید)	
۳/۲- سابقه خسارت متقاضی در قبال اشخاص ثالث : (تعداد , مبالغ پرداختی و موضوع خسارت)	
۴- مدت و میزان تعهدات مورد درخواست	
ریال	۴/۱- تعهدات بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه
ریال	۴/۲- حداکثر تعهدات بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه نامه
ریال	۴/۳- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی
ریال	۴/۴- تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام
ریال	۴/۵- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه
۴/۶- مدت زمان پوشش بیمه ای مورد درخواست ماه می باشد.	
اینجانب بدینوسیله اعلام میدارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است . همچنین موافقت می شود که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.	
امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.	

نام و امضای متقاضی:

تاریخ :