

پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای دامپزشکان

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 دامپزشک :	
۱/۲- کد ملی :	۱/۳- شماره شناسنامه :
۱/۴- نام پدر :	۱/۵- تاریخ تولد :
۱/۶- محل صدور :	۱/۷- تخصص و زمینه فعالیت دامپزشک :
۱/۸- شماره پروانه کار :	۱/۹- سابقه فعالیت :
۱/۱۰- نشانی :	
تلفن ثابت :	تلفن همراه:
تلفن ثابت :	تلفن همراه:
۱/۱۱- نشانی محل کار:	
تلفن ثابت :	تلفن همراه:
۲- سوابق بیمه ای	
۲/۱- چنانچه تا کنون سابقه بیمه ای داشته اید مدت و نام شرکت بیمه را ذکر نمایید .	
۲/۲- آیا در خصوص حرفه ی شما تا کنون ادعای خسارتی علیه شما مطرح شده است ؟ در صورتیکه پاسخ مثبت می باشد شرح دهید.	
۳- مدت و میزان تعهد مورد درخواست :	
۳/۱- میزان پوشش بیمه ای مورد درخواست در طول یکسال ریال	
۳/۲- 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.	
تاریخ :/...../..... نام و امضای بیمه گذار	
امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.	