

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسؤلیت حرفه ای کارگزاران رسمی بیمه

با توجه به اینکه بیمه نامه بر اساس اطلاعات مندرج در این پرسشنامه صادر می گردد، خواهشمند است نسبت به ارائه پاسخ صحیح و دقت کافی در تکمیل آن، اقدام نمائید.

نام پیشنهاد دهنده (حقیقی <input type="radio"/> حقوقی <input 2"="" type="radio>):</td> </tr> <tr> <td colspan="/> نام بیمه گذار (حقیقی <input type="radio"/> حقوقی <input 2"="" type="radio>):</td> </tr> <tr> <td>تاریخ پیشنهاد:</td> <td>تلفن ثابت:</td> </tr> <tr> <td>تلفن همراه:</td> <td>تلفن همراه:</td> </tr> <tr> <td>کد ملی / شناسه ملی:</td> <td>تاریخ تولد:</td> </tr> <tr> <td colspan="/> نشانی بیمه گذار / پیشنهاد دهنده (به صورت کامل):	
کد پستی:	پست الکترونیکی:
توجه: پیشنهاد دهنده می بایست شخصی باشد که دارای مجوز از مراجع ذیصلاح بوده (بیمه نامه صرفاً بنام بیمه گذار صادر می گردد).	
۴- شماره پروانه کارگزاری:	
تاریخ صدور پروانه:	مدت اعتبار پروانه:
۵- نوع فعالیت:	
۶- لطفاً در مورد سوابق خسارتی (مالی) و میزان آن در ۲ سال گذشته توضیح دهید.	
۷- میزان تعهدات مورد درخواست:	
ریال	۱- خسارت مالی در هر حادثه:
ریال	۲- خسارت مالی در طول مدت بیمه نامه:
۸- مدت بیمه نامه:	

بدینوسیله اعلام می دارد کلیه اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و موافقت می دارد که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

امضاء بیمه گذار / امضاء پیشنهاد دهنده

تاریخ: