



پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای دامپزشکان

مشخصات متقاضی

کد ملی		خانم / آقای		شخص حقیقی <input type="radio"/>	
شماره شناسنامه		تاریخ تولد		شخص حقوقی <input type="radio"/>	
شناسه اقتصادی		شناسه ملی		خصوصی <input type="checkbox"/>	
شرکت / موسسه		دولتی <input type="checkbox"/>		شماره بیمه گر، شماره بیمه نامه و تاریخ انقضای آن را درج نمایید:	
کد پستی		تلفن		نامبر	
همراه					

سوابق بیمه ای

۱) آیا طی سال گذشته بیمه نامه ای در این خصوص داشته اید؟ بله خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ نام بیمه گر، شماره بیمه نامه و تاریخ انقضای آن را درج نمایید:

۲) تعداد و مبلغ خسارت دریافتی از شرکت های بیمه گر ناشی از مسئولیت حرفه ای خود را طی ۲ سال گذشته درج نمایید

اطلاعات فعالیت

۱) نوع تخصص

۲) شماره نظام دامپزشکی

۳) آدرس مطب تلفن

۴) تعداد تقریبی اعمال جراحی در مدت یکسال:

۵) آیا کمک کاردان/کارشناس در اختیار دارید؟ بله خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ نام کاردان/کارشناس را درج نمایید:

تعهدات درخواستی

حداکثر تعهد بیمه ای در هر حادثه و در طول مدت بیمه نامه به مبلغ ریال درخواست می گردد.

مدت بیمه نامه

پوشش بیمه ای به مدتروز، از ساعت ۲۴ مورخ / / تا ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۴ 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 هر گونه اظهار خلاف واقع و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن مطابق مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه متوجه اینجانب می باشد.

تاریخ تکمیل: / / ۱۴

نام و مهر و امضای نماینده

نام و مهر و امضای متقاضی

تاریخ تکمیل