



پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی شکارچیان و محیط بانان

مشخصات متقاضی

خانم/آقای	کد ملی
تاریخ تولد ۱۳ / /	شماره شناسنامه :
آدرس :	کد پستی
تلفن	نمابر
	همراه

اطلاعات فعالیت

(۱) نوع اسلحه مورد استفاده :
(۲) شماره بدنه اسلحه :
(۳) واحد صادر کننده مجوز اسلحه :
(۴) شماره مجوز : • تاریخ مجوز : ۱۳ / / • تاریخ اعتبار مجوز : ۱۳ / /
(۵) محدوده جغرافیایی شکار یا محیط بانی :

تعهدات درخواستی

حداکثر تعهد خسارت بدنی بیمه گر در هر حادثه و در طول مدت بیمه نامه به مبلغ ریال درخواست می گردد. (خسارت بدنی شامل فوت، نقص عضو و هزینه های پزشکی می باشد.)

مدت بیمه نامه

پوشش بیمه ای برای مدت روز، از ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳ تا ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳ 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

نام و مهر و امضای متقاضی

نام و مهر و امضای نماینده