

## پرسشنامه مسئولیت حرفه ای مراقبین در منزل

### مشخصات متقاضی

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

### اطلاعات فعالیت

۱) سوابق فعالیت خود را شرح دهید : .....

.....

.....

.....

۲) آخرین مدرک تحصیلی خود را درج نمایید : .....

.....

.....

۳) سایر مدارک آموزشی در خصوص فعالیت خود را اعلام نمایید : .....

.....

.....

۴) چنانچه در رابطه با فعالیت خود با موسسه یا شرکتی همکاری دارید، نام ببرید: .....

.....

.....

۵) آدرس/آدرس های محل فعالیت : .....

.....

.....

### تعهدات درخواستی

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

### مدت بیمه نامه

پوشش بیمه ای به مدت ..... روز، از ساعت ۲۴ مورخ / / 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.

نام و مهر و امضای نماینده

نام و مهر و امضای متقاضی

تاریخ تکمیل