

پیشنهاد بیمه مسئولیت حرفه‌ای دفاتر پیشخوان دولت

بیمه‌گذار	نام بیمه‌گذار:	کد ملی / کد اقتصادی:	کد نمایندگی:
	تاریخ تولد / تاسیس:	کد پستی:	خانم / آقای:
مشخصات	نشانی:	تلفن همراه:	کارگزار:
	تلفن ثابت:	نمابر:	واحد صدور:
مدت	مدت بیمه‌نامه: روز / سال. تاریخ شروع بیمه‌نامه: از ساعت ۲۴ مورخ تاریخ پایان بیمه‌نامه: تا ساعت ۲۴ مورخ		
مشخصات فعالیت	موضوع فعالیت:		
	در چه زمینه‌هایی می‌خواهید مسئولیت خود را تحت پوشش قرار دهید:		
تکمیلی پوشش‌های	☐ پوشش پرداخت هزینه‌های پزشکی براساس صورت حساب‌های بیمارستانی. ☐ پوشش پرداخت خسارت بدون رای دادگاه. ☐ پوشش افزایش دیات از تاریخ شروع بیمه‌نامه برای ۱ □ ۲ □ ۳ □ سال.		
	☐ پوشش تعدد دیات و دیات غیرمصری مبلغ ریال. ☐ پوشش حذف فرانشیز هزینه‌های پزشکی.		
سوابق بیمه‌ای	شماره بیمه‌نامه سال قبل: نام بیمه‌گر قبلی:		
	آمار خسارت از سه سال گذشته تاکنون:		
میزان تعهدات درخواستی	تاریخ حادثه	تعداد	نوع حادثه (فوت / نقص عضو / مالی و ...)
	مبلغ خسارت (ریال)	علت / مقصر حادثه	
تاییدیه بیمه‌گذار	اینجانب به عنوان بیمه‌گذار / نماینده بیمه‌گذار تعهد می‌نمایم که اظهارات درج شده در این پیشنهاد بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه‌نامه مسئولیت حرفه‌ای دفاتر پیشخوان دولت تنظیم گردیده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه‌گر می‌تواند مطابق مقررات رفتار نماید. از این رو موافقت می‌گردد این پیشنهاد مبنای صدور بیمه‌نامه قرار گیرد.		
	تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد:		
نام و نام خانوادگی، امضاء و مهر بیمه‌گذار:			
این قسمت توسط نمایندگی / واحد صدور تکمیل می‌گردد:			
مهر، امضاء و کد نمایندگی / واحد صدور:			
تاریخ دریافت پیشنهاد:			