

پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای مدیران دفاتر خدمات الکترونیک شهر

مشخصات عمومی	<p>نام بیمه گذار :</p> <p>نام و کد دفتر خدمات الکترونیک شهر :</p> <p>شماره ثبت : کد اقتصادی: شماره ملی : تلفن همراه :</p> <p>نمبر : کد پستی :</p> <p>نشانی بیمه گذار : تلفن :</p> <p>نام شرکت و شماره بیمه نامه سال قبل : نام و کد نمایندگی/شعبه / معرف :</p>																								
مدت	<p>مدت بیمه : روز/ سال تاریخ شروع بیمه نامه : تاریخ پایان بیمه نامه :</p>																								
سوابق خسارت و تعهدات بیمه گر	<p>تعداد خسارت ناشی از قصور بیمه گذار در سه سال گذشته :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">تاریخ خسارت</th> <th style="width: 40%;">موضوع خسارت</th> <th style="width: 30%;">مبلغ خسارت (ریال)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>حداکثر تعهد مالی بیمه گر در طول مدت بیمه : ریال</p> <p>نشانی دفتر خدمات الکترونیک : تلفن :</p>	تاریخ خسارت	موضوع خسارت	مبلغ خسارت (ریال)																					
تاریخ خسارت	موضوع خسارت	مبلغ خسارت (ریال)																							
تأییدیه بیمه گذار	<p>بدین وسیله اعلام میدارم که اظهارات فوق الذکر بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه مسئولیت حرفه ای مدیران دفاتر خدمات الکترونیک شهر شرکت بیمه کوثر تنظیم گردیده و همچنین موافقت می گردد این پرسشنامه مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد.</p> <p style="text-align: center;">نام ، امضاء و مهر بیمه گذار تاریخ تکمیل پرسشنامه</p> <p style="text-align: center;">مهر ، امضاء و کد نمایندگی/شعبه / معرف</p>																								