



بیمه ایران

تاریخ

شماره

پیوست

شرایط خصوصی بیمه نامه مسئولیت حرفه ای نمایندگان بیمه

شماره بیمه نامه :

نام بیمه گذار : شرکت نمایندگی () نمایندگی حقیقی ()

نشانی بیمه گذار :

شماره پروانه : تاریخ صدور / تمدید پروانه : مدت اعتبار پروانه :

نام ذینفع انحصاری و بلاعزل : شرکت سهامی بیمه ایران - مدیریت امور شعب و نمایندگیهای داخل کشور

نشانی ذینفع : تهران ، خیابان دکتر فاطمی - ساختمان مرکزی بیمه ایران

حداکثر تعهد بیمه گر :

ریال () ریال ()

مدت بیمه نامه : یکسال از ساعت ۲۴ روز : تا ساعت ۲۴ روز :

نرخ حق بیمه سالیانه : ۵ در هزار سرمایه بیمه

حق بیمه (به عدد) : ریال / حق بیمه (به حروف) : ریال

بیمه گر

شرکت سهامی بیمه ایران

واحد.....

تاریخ صدور: / /



بیمه ایران

تاریخ
شماره
پیوست

پرسشنامه و پیشنهاد قرار داد بیمه مسئولیت حرفه ای نمایندگان بیمه

نام و نام خانوادگی : نام پدر : شماره شناسنامه : ماده صادره : تاریخ تولد : میزان تحصیلات : فارغ التحصیل از دبیرستان / دانشکده : نشانی منزل : تلفن : نشانی محل نمایندگی : تلفن : دورنویس : شماره نمایندگی :
سوابق و تجربیات کاری : ۱- نوع کار : مدت فعالیت : شرح : ۲- نوع کار : مدت فعالیت : شرح : ۳- نوع کار : مدت فعالیت : شرح :
توضیحات دیگر متقاضی :

بدینوسیله اعلام میدارد کلیه اظهارات فوق با کمال صداقت عنوان شده و صحت آنرا تأیید می نمایم.

تاریخ : نام و نام خانوادگی :