

پرسشنامه مسئولیت حرفه ای مراقبین در منزل



مشخصات متقاضی									
کد ملی		خانم / آقای			شخص حقیقی ☐				
شماره شناسنامه :		تاریخ تولد ۱۳ / /							
آدرس پستی:									
کد پستی		تلفن		نمبر		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			