



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

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

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

تاریخ: نام و نام خانوادگی: