

نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما بر اساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می شود لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

## شرکت بیمه نوین

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای سردفتران اسناد رسمی با مشخصات زیر صادر نمایید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

نام متقاضی:	شماره شناسنامه:	شماره ملی:
تاریخ تولد:	محل صدور:	سابقه کار:
به نشانی محل سکونت:	تلفن:	شماره دفترخانه:
به نشانی دفترخانه:	تلفن:	
شماره بیمه نامه سال قبل:	تاریخ انقضاء:	نام شرکت بیمه:
تعداد، موضوع و مبالغ پرداختی ناشی از اشتباه و قصور حرفه ای متقاضی در سه سال گذشته:	موضوع مورد ادعا	مبالغ پرداختی یا در جریان رسیدگی
1-		
2-		
3-		
مدت بیمه:	از ساعت 24 روز:	تا ساعت 24 روز:
حداکثر تعهد بیمه مورد تقاضا در طول مدت یکسال:	قابل توجه آنکه حداکثر تعهد بیمه گر در هر حادثه از 50% مبلغ فوق تجاوز نخواهد کرد.	

بدینوسیله تایید و گواهی می نماید به سوالات مندرج در این پرسشنامه به درستی و منطبق با واقعیت پاسخ داده شده است و موافقت می نمایم مندرجات آن اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

تاریخ تکمیل: نام نماینده/کارگزار بیمه: نام و امضاء متقاضی بیمه: