

پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای وکلای رسمی دادگستری

متقاضی محترم با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می گردد. خواهشمند است به کلیه پرسشهای مطروحه زیر بطور دقیق و کامل پاسخ دهید.

نام و کد معرف :	
۱- مشخصات متقاضی	
۱/۱- نام و نام خانوادگی متقاضی :	
۱/۲- کد ملی :	۱/۳- شماره شناسنامه :
۱/۴- نام پدر :	۱/۵- تاریخ تولد :
۱/۶- محل صدور :	۱/۷- سابقه کاری :
۱/۸- نشانی :	
تلفن ثابت :	تلفن همراه:
نمبر:	کد پستی :
۲- سوابق فعالیت متقاضی :	
۲/۱- تعداد قرارداد وکالت در سال گذشته :	
۲/۲- تعداد , موضوع و مبالغ پرداختی ناشی از اشتباه و قصور حرفه ای متقاضی به موکلین در سه سال گذشته :	
۲/۲/۱- موضوع مورد ادعا :	مبالغ پرداختی یا در جریان رسیدگی :
۲/۲/۲- موضوع مورد ادعا :	مبالغ پرداختی یا در جریان رسیدگی:
۲/۲/۳- موضوع مورد ادعا :	مبالغ پرداختی یا در جریان رسیدگی:
۲/۳- آیا بیمه گذار تاکنون دارای سابقه بیمه ای نزد شرکت بیمه دیگر بوده است؟ چنانچه پاسخ مثبت است نام ببرید	
۴- مدت و میزان تعهدات مورد درخواست	
۴/۱- تعهد بیمه گر برای خسارت مالی در هر مورد ادعای حقوقی :	ریال
۴/۲- حداکثر تعهد بیمه گر برای مبلغ حق الزحمه در هر مورد ادعای حقوقی :	ریال
۴/۳- حداکثر تعهد بیمه گر برای خسارت مالی در طول مدت بیمه نامه :	ریال
۴/۴- مدت زمان پوشش بیمه ای مورد درخواست ماه می باشد.	
اینجانب بدینوسیله اعلام میدارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است . همچنین موافقت می شود که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.	
تاریخ :	نام و امضاء متقاضی :
امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.	