



پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی شکارچیان و محیط بانان

مشخصات متقاضی

| | | | |
|------------|--------------------|------------------|-------|
| خانم/آقای | | کدملی | |
| تاریخ تولد | ۱۳ / / | شماره شناسنامه : | |
| آدرس : | کدپستی | | |
| تلفن | | نمابر | |
| همراه | | | |

اطلاعات فعالیت

۱) نوع اسلحه مورد استفاده :

۲) شماره بدنه اسلحه :

۳) واحد صادر کننده مجوز اسلحه :

۴) شماره مجوز : • تاریخ مجوز : ۱۳ / / • تاریخ اعتبار مجوز : ۱۳ / /

۵) محدوده جغرافیایی شکار یا محیط بانی :

تعهدات درخواستی

حداکثر تعهد خسارت بدنی بیمه گر در هر حادثه و در طول مدت بیمه نامه به مبلغ ریال درخواست می گردد.
(خسارت بدنی شامل فوت، نقص عضو و هزینه های پزشکی می باشد.)

مدت بیمه نامه

پوشش بیمه ای برای 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