

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

مشخصات عمومی	مشخصات تخصصی
نام و نام خانوادگی: .....	مدرک تحصیلی: .....
نام پدر: .....	نوع تخصص: .....
محل صدور: .....	سابقه کار(سال): .....
شماره شناسنامه: .....	شماره نظام پزشکی: .....
شماره ملی: .....	
تاریخ تولد: ۱۳ / /	

نشانی متقاضی (بیمه‌گذار): .....

کدپستی: ..... تلفن ثابت: ..... تلفن همراه: ..... نامبر: .....

آیا تا کنون بیمه‌نامه مسئولیت خریداری نموده‌اید؟  بلی  خیر

در صورتیکه پاسخ مثبت است شرکت بیمه صادر کننده آن را بنویسید: .....

آیا در سه سال گذشته خسارتی رخ داده است؟  بلی  خیر

در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید.

.....

آیا در مطب شما و تحت مسئولیت شما کمکهای پزشکی همانند تزریقات، جراحیهای کوچک و کمکهای اولیه صورت می‌گیرد؟  
(لطفاً شرح دهید) .....

مشخصات محل فعالیت

نشانی مطب: .....
کدپستی: ..... تلفن: .....
نشانی بیمارستان: .....
کدپستی: ..... تلفن: .....

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

مدت بیمه‌نامه: ..... روز. تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳ تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳

پوششها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
حداکثر میزان پوشش بیمه ای مورد درخواست در طول مدت بیمه	

\*\* بدینوسیله اعلام می‌دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می‌باشد و موافقت می‌نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.\*\*

- بیمه‌گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه‌نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

LAF054

تجدید نظر: 01

صفحه: ۲ از ۲

بیمه سامان



## فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان

- بیمه‌گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

\*\* به اطلاع می‌رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه‌نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه‌گذار بیمه‌نامه صادر خواهد گردید. \*\*

نماینده/کارگزار:  
مهر، امضاء و تاریخ

بیمه‌گذار:  
مهر، امضاء و تاریخ