

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

مشخصات عمومی	مشخصات تخصصی
نام و نام خانوادگی:	مدرک تحصیلی:
نام پدر:	رشته:
محل صدور:	سابقه کار(سال):
شماره شناسنامه:	عنوان فعالیت شغلی:
شماره ملی:	
تاریخ تولد: ۱۳ / /	

نشانی متقاضی (بیمه‌گذار):

کدپستی: تلفن ثابت: تلفن همراه: شماره:

 آیا تا کنون بیمه‌نامه مسئولیت خریداری نموده‌اید؟ بلی خیر

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

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

مشخصات محل فعالیت

نشانی بیمارستان یا کلینیک:	نشانی مطب:
کدپستی: تلفن:	کدپستی: تلفن:

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

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

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.

LAF055

تجدید نظر: 01

صفحه: ۲ از ۲

بیمه سامان



فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پیراپزشکان

- 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