

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

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

نشانی متقاضی (بیمه‌گذار) : .....

کدپستی : ..... تلفن ثابت : ..... تلفن همراه : ..... شماره: .....

آیا تا کنون بیمه‌نامه مسئولیت خریداری نموده‌اید؟  خیر  بلی

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

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

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.\*\*\*

LAF054

تجدید نظر: 01

صفحه: ۲ از ۲

بیمه سامان



## فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان

- بیمه گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

- بیمه گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

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

نماینده/کارگزار:

مهر، امضاء و تاریخ

بیمه‌گذار:

مهر، امضاء و تاریخ