

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)

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 (بیمه گذار):

کدپستی: تلفن ثابت: تلفن همراه: نمابر:

آیا تا کنون بیمه نامه مسئولیت خریداری نموده اید؟ 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 تحت مسئولیت شما کمکهای پزشکی همانند تزریقات، جراحیهای کوچک و کمکهای اولیه صورت می گیرد؟ (لطفاً شرح دهید)

مشخصات محل فعالیت

نشانی بیمارستان یا کلینیک:

کدپستی: تلفن:

نشانی مطب:

کدپستی: تلفن:

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

مدت بیمه نامه: روز. تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳ تا تاریخ انقضاء: تا 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 می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب

می باشد و موافقت می نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.**

LAF055

تجدید نظر: 01

صفحه: ۲ از ۲

بیمه سامان



فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پیراپزشکان

- 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