



شرکت بیمه سامان
پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسولیت حرفه ای پیرایشگران

کد مدرک:
LAF032

شرح تغییرات	تاریخ	شماره تجدید نظر	شماره صفحه
صدور اولیه	۱۳۹۰/۱۰/۲۰	۰۰	کلید صفحات

تصویب کننده	تائید کننده	تهیه کننده/بازنگری کننده
۱ معاون فنی	مدیر تدوین روشها و تضمین کیفیت	مدیر بیمه های مسولیت
نام: محمدرضا کریمی تاریخ و امضاء: ۱۹/۱۰/۲۰	نام: سید آرمان تاریخ و امضاء: ۲۰/۱۰/۲۰	نام: مرتضی کاظمی تاریخ و امضاء: ۱۹/۱۰/۲۰

توجه: مدارکی دارای اعتبار اجرایی هستند که مهر آبی "اعتبار دارد" داشته باشند ۱





شرکت بیمه سامان

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسولیت حرفه ای پیرایشگران

در راستای امنیت حرفه ای پیرایشگران شاغل در آرایشگاههای مجاز بانوان و آقایان شرکت بیمه سامان طرح "بیمه مسؤلیت حرفه ای پیرایشگران" را تهیه و عرضه نموده است. دارندگان مشاغل فوق می توانند فرم ذیل را تکمیل و جهت دریافت بیمه نامه به نزدیکترین نمایندگی یا شعبه سامان در سراسر کشور مراجعه فرمایند.

نام متقاضی : عنوان شغل:

مدرك تحصیلی : نوع دیپلم حرفه ای :

شماره جواز رسمی تاسیس آرایشگاه

شماره پروانه بهداشت : نشانی محل کار :

-مساحت آرایشگاه -تعداد صندلیهای کار

-میانگین تعداد مراجعه کنندگان در هر روز ودرطول سال

-مجموع خدماتی که در آن آرایشگاه ارائه می شود؟

-متقاضی چه نوع پوشش هایی می باشید؟

-آیا عملیات سولاریوم در آن آرایشگاه انجام می پذیرد؟

-آیا متقاضی پوشش این عملیات نیز می باشید؟

-آیا عملیات اپیلاسیون در آن آرایشگاه انجام می پذیرد؟

-آیا متقاضی پوشش این عملیات نیز می باشید؟

- آیا عملیات کاشت مو و سوزاندن موهای زائد در آن آرایشگاه انجام می پذیرد؟

-آیا متقاضی پوشش این عملیات نیز می باشید؟

آیا متقاضی تاکنون توسط مراجع قضایی یا وزارت بهداشت و درمان کشور محکوم به پرداخت خسارت ناشی از مسؤلیت حرفه ای به مراجعه

کنندگان یا ذوی الحقوق آنان شده است ؟ بله خیر

لطفاً، تعداد و مبالغ پرداختی را ذکر فرمائید :

حداکثر پوشش بیمه ای مورد تقاضا برای خسارت فوت و نقص عضو در قبال هر نفر در هر حادثه ریال

حداکثر پوشش بیمه ای مورد تقاضا برای هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه ریال

هزینه پزشکی در طول مدت اعتبار بیمه نامه ریال

غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه نامه ریال

بدینوسیله تأیید و گواهی میشود کلیه اظهارات فوق منطبق با واقعیت است و موافقت می گردد مطالب آن اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

نام و امضاء متقاضی :

تاریخ تکمیل :

نام نماینده