

کد مدرک:


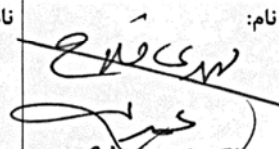
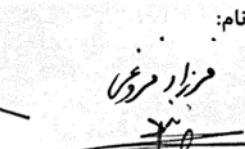
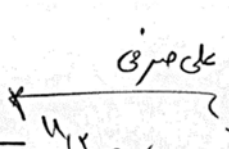
LAF054

بیمه سامان

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان



شرح تغییرات	تاریخ	شماره تجدید نظر	شماره صفحه
صدر اولیه	۹۴/۰۲/۲۱	۰۰	کلید صفحات
تغییر فرم از حالت چاپی به غیرچاپی، اضافه شدن آیتم های بیمه نامه و خسارات قبله بیمه گذار، حذف مشخصات دستیاران.	۹۷/۰۲/۰۹	۰۱	کلید صفحات

تصویب کننده	تأیید کننده		تهیه کننده/بازنگری کننده
مدیر عامل	معاون فنی	مدیر معماری سازمانی	مدیر بیمه های مسئولیت
نام: 	نام: 	نام: 	نام: 
تاریخ و امضاء: ۹۷/۳/۶	تاریخ و امضاء: ۹۷/۲/۲۱	تاریخ و امضاء: ۹۷/۲/۱۰	تاریخ و امضاء: ۹۷/۲/۱۹

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



مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

مشخصات تخصصی	مشخصات عمومی
مدرک تحصیلی : نوع تخصص : سابقه کار(سال) : شماره نظام پزشکی :	نام و نام خانوادگی : نام پدر : محل صدور : شماره شناسنامه : 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 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 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 ۲۴روز / / ۱۳ تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴روز / / 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.***

LAF۰۵۴

تجدید نظر: ۰۱

صفحه: ۲ از ۲

بیمه سامان



فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان

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

- 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