
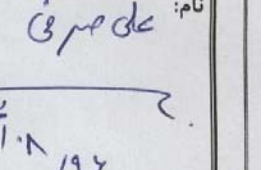


کد مدرک: LAF055	بیمه سامان فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پیراپزشکان	 Saman Insurance
--------------------	---	--

شرح تغییرات	تاریخ	شماره تجدید نظر	شماره صفحه
صدر اولیه	۹۴/۰۲/۲۱	۰۰	کلیه صفحات
تغییر فرم از حالت چایی به غیرچایی، ادغام آیتم های «عنوان کامل فعالیت شغلی» و «فعالیت فعلی بیمه گذار» بصورت «عنوان فعالیت شغلی»، حذف آیتم «شهر محل فعالیت» (با توجه به امکان فعالیت پیراپزشکان در کلیه مراکز درمانی مجاز کشور)، اضافه کردن آیتم «نشانی مطب» به مشخصات محل فعالیت، اضافه شدن آیتم های بیمه نامه و خسارات قبلی بیمه گذار.	۹۶/۰۸/۱۴	۰۱	کلیه صفحات

تصویب کننده	تائید کننده		تهیه کننده/بازنگری کننده
مدیر عامل	معاون فنی	مدیر معماری سازمانی	مدیر بیمه های مسئولیت
<p>نام: </p> <p>تاریخ و امضاء: ۹۶/۹/۲</p>	<p>نام: </p> <p>تاریخ و امضاء: ۹۶/۹/۲</p>	<p>نام: </p> <p>تاریخ و امضاء: ۹۶/۹/۲</p>	<p>نام: </p> <p>تاریخ و امضاء: ۹۶/۹/۲</p>

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



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: نامبر:

آیا تا کنون بیمه‌نامه مسؤلیت 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 مسؤلیت شما کمکهای پزشکی همانند تزریقات، جراحیهای کوچک و کمکهای اولیه صورت می‌گیرد؟(لطفاً شرح دهید)

.....

مشخصات محل فعالیت

نشانی بیمارستان یا کلینیک:

کدپستی: تلفن:

نشانی مطب:

کدپستی: تلفن:

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

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

LAF۰۵۵

تجدید نظر: ۰۱

صفحه: ۲ از ۲

بیمه سامان



فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پیراپزشکان

- 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