

LAF120

کد سند :

شرکت بیمه سامان

فرم پیشنهاد و بررسنامه بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای مسنول فنی داروخانه



شماره تجدید نظر: 00

جهت ضمیمه :

شماره صفحه	شماره تجدید نظر	تاریخ	شرح تغییرات
کل صفحات	00	1400/06/15	صدر اولیه

تصویب کننده	تایید کننده		تهیه کننده/بازنگری کننده
هادی رئیس زاده	مهدی فلاح	نگین فیروز	علی صرفی
	 1400/07/04	 1400/07/04	 1400/07/03
1400/07/06	فرزاد فروغی	عبدالرسول عطائی	
	 1400/07/06	 1400/07/04	

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

شخص حقیقی	شخص حقوقی
نام و نام خانوادگی: ... تاریخ تولد: ... شماره ملی (الزامی است): ... سابقه کار در حرفه‌ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید: ...	نام (مؤسسه، شرکت، سازمان): ... دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> تعاونی <input type="checkbox"/> تاریخ تأسیس: ... شماره ثبت: ... شناسه ملی: ... کد اقتصادی: ...

نشانی و اقامتگاه قانونی بیمه گذار: ...

کد پستی: ... تلفن ثابت: ... دورنگار: ... تلفن همراه: ...
شرکای بیمه گذار: ...

موضوع و مشخصات

- آیا تا کنون بیمه‌نامه مسئولیت برای مسئولیت فنی حرفه ای مسئول فنی داروخانه خریداری نموده‌اید؟
در صورت مثبت بودن پاسخ نام پروژه و شرکت بیمه صادر کننده آن را بنویسید: ...
 بلی خیر
- آیا در زمان اجرای پروژه‌های گذشته خسارتی به کارکنان شما وارد شده است؟
در صورت مثبت بودن پاسخ نوع، میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید: ...
 بلی خیر

نام داروخانه‌هایی که مسئولیت فنی آنها به شما واگذار شده است را بنویسید:

ردیف	نام داروخانه	ساعت کاری	نشانی
۱
۲
۳

- آیا تا کنون برگ صلاحیت مسئولیت فنی شما تعلیق شده است؟
در صورت مثبت بودن علت آن را مشخص فرمایید: ...
 بلی خیر

تاریخ دریافت برگ صلاحیت مسئول فنی: ... تاریخ شروع فعالیت به عنوان مسئول فنی: ...

- آیا تاکنون بیمه‌نامه مسئولیت در این زمینه داشته‌اید؟
در صورت مثبت بودن پاسخ جدول زیر را تکمیل کنید:

ردیف	نام شرکت بیمه گر	تاریخ شرع بیمه‌نامه	تاریخ انقضاء
۱
۲
۳



شرکت بیمه سامان

LAF120

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای مسئول فنی

تجدید نظر: ۰۰

داروخانه

صفحه: ۲ از ۲

آیا تاکنون درخواست بیمه نامه مسئولیت حرفه ای داشته اید که مورد قبول قرار نگرفته باشد؟
در صورت مثبت بودن پاسخ علت آن را شرح دهید: ...
 بلی خیر

آیا تا کنون در رابطه با مسئولیت حرفه ای شما از جانب مشتریان یا مصرف کنندگان دارو ادعایی علیه شما در مراجع قضایی یا خارج از مراجع قضایی مطرح گردیده است؟
 بلی خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ جدول زیر را تکمیل کنید:

مبلغ مورد ادعا	موضوع ادعا		علت ادعا		تاریخ ادعا
	تشدید/ عدم بهبود بیماری	فوت/ نقص عضو	اشتباه در درج میزان مصرف	ارائه دارو اشتباه	
...
...
...

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

مدت بیمه نامه(به روز):... تاریخ شروع بیمه نامه از ساعت ۲۴ روز / ۱۴۰۰ / تاریخ انقضاء بیمه نامه از ساعت ۲۴ روز / ۱۴۰۰ /

پوشش ها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	...
حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه	...
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی	...
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام	...
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه	...

پوشش های تکمیلی

چنانچه خواسته ای مازاد بر موارد فوق الذکر دارید، این قسمت را تکمیل نمایید: ...

*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.

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 می رسد تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه گذار بیمه نامه صادر خواهد گردید...

بیمه گذار:

نماینده/ کارگزار:

مهر، امضاء، تاریخ

مهر، امضاء، تاریخ