

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

مشخصات تخصصی	مشخصات عمومی
<p>مدرك تحصیلی :</p> <p>نوع تخصص:</p> <p>سابقه کار (سال) :</p> <p>شماره نظام پزشکی :</p>	<p>نام و نام خانوادگی:</p> <p>نام پدر :</p> <p>محل صدور :</p> <p>شماره شناسنامه :</p> <p>شماره ملی :</p> <p>تاریخ تولد: 13 / /</p>

نشانی متقاضی (بیمه‌گذار):

کدپستی : تلفن ثابت : تلفن همراه : شماره:

آیا تاکنون بیمه‌نامه مسئولیت خریداری نموده‌اید؟ بلی £ خیر £

در صورتیکه پاسخ مثبت است شرکت بیمه صادرکننده 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 در مطب شما و تحت مسئولیت شما کمکهای پزشکی همانند تزریقات، جراحیهای کوچک و کمکهای اولیه صورت می‌گیرد؟

(لطفاً شرح دهید)

مشخصات محل فعالیت

<p>نشانی مطب :</p> <p>کدپستی : تلفن:</p> <p>نشانی بیمارستان :</p> <p>کدپستی : تلفن:</p>

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

مدت بیمه‌نامه: روز. تاریخ شروع: از ساعت 24 روز / / 13 تاریخ انقضاء: از ساعت 24 روز / / 13

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 براساس 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.*

LAF054

تجدید نظر: 01

صفحه: 2 از 2

بیمه سامان



فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان

- 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