

## فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پیراپزشکان

LAF۰۰۰

تجدید نظر: ۰۱

صفحه: ۱ از ۲

### مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)

#### مشخصات تخصصی

#### مشخصات عمومی

مدرك تحصیلی : .....

رشته : .....

سابقه کار(سال) : .....

عنوان فعالیت شغلی : .....

نام و نام خانوادگی: .....

نام پدر : .....

محل صدور : .....

شماره شناسنامه : .....

شماره ملی : .....

تاریخ تولد: ۱۳ / /

نشانی متقاضی (بیمه گذار) : .....

کدپستی : ..... تلفن ثابت : ..... تلفن همراه : ..... نامبر: .....

آیا تا کنون بیمه نامه مسئولیت خریداری نموده اید؟  خیر  بلی

در صورتیکه پاسخ مثبت است شرکت بیمه صادر کننده آن را بنویسید: .....

آیا در سه سال گذشته خسارتی رخ داده است؟  خیر  بلی

در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید.

آیا تحت مسئولیت شما کمکهای پزشکی همانند تزریقات، جراحیهای کوچک و کمکهای اولیه صورت می گیرد؟(لطفاً شرح دهید)

### مشخصات محل فعالیت

نشانی بیمارستان یا کلینیک : .....

کدپستی : ..... تلفن : .....

نشانی مطب : .....

کدپستی : ..... تلفن : .....

### مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

مدت بیمه نامه: ..... روز. تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / / ۱۳ تا ساعت ۲۴ روز / / ۱۳ تاریخ انقضاء:

### پوششها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

تعهد به ریال

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

.....

حداکثر میزان پوشش بیمه ای مورد درخواست در طول مدت بیمه

\*\* 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.\*\*

## فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پیراپزشکان

- 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 ساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه گذار بیمه نامه صادر خواهد گردید. \*\*

نماینده/کارگزار:

مهر، امضاء و تاریخ

بیمه گذار:

مهر، امضاء و تاریخ