

LAF-۵۵ تجدید نظر: ۰۲ صفحه: ۱ از ۱	شرکت بیمه سامان فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پیرا پزشکان	 بیمه سامان Saman Insurance
	مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)	
	مشخصات عمومی	شخص حقوقی

نام و نام خانوادگی: ...	نام پدر: ...	مدیرک تحصیلی: ...
شماره ملی (الزامی): ...	شماره شناسنامه: ...	نوع تخصص: ...
محل صدور: ...	تاریخ تولد: ...	شماره نظام نامه پزشکی: ...
سابقه کار (سال): ...		

نشانی و اقامتگاه قانونی بیمه گذار: ...

کد پستی: ... تلفن ثابت: ... دورنگار: ... تلفن همراه:

موضوع و مشخصات	
☐ بلی ☐ خیر	آیا تا کنون بیمه نامه مسئولیت پیراپزشکان خریداری نموده اید؟ در صورتیکه پاسخ مثبت است شرکت بیمه صادر کننده آن را بنویسید: ... در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید: ..
☐ بلی ☐ خیر	آیا تحت مسئولیت شما کمک های پزشکی همانند تزریقات، جراحیهای کوچک و کمکهای اولیه صورت می گیرد؟ در صورتیکه پاسخ مثبت است آن را شرح دهید: ...
☐ بلی ☐ خیر	آیا تاکنون بابت مسئولیت حرفه ای در مراجع ذی صلاح قانونی (نظام پزشکی یا قضایی) شکایتی علیه شما ثبت شده است؟
☐ بلی ☐ خیر	آیا تاکنون محکوم به جبران خسارت بابت قصور در انجام مسئولیت حرفه ای خود شده اید؟ در صورتیکه پاسخ مثبت می باشد میزان و تعداد خسارت پرداختی را اعلام نمایید. ...
☐ بلی ☐ خیر	آیا علاوه بر مرکز درمانی فوق در مطب اشتغال دارید؟
☐ بلی ☐ خیر	آیا جزء اعضای گروه دارای تفاهم نامه گروهی (بیمه نامه گروهی مجموعه پزشکی) با بیمه سامان می باشید؟

مشخصات محل فعالیت	
نام و نشانی بیمارستان/کلینیک:...	
کد پستی: ...	تلفن: ...
نشانی مطب:...	
کد پستی: ...	تلفن: ...

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه	
مدت بیمه نامه (به روز): ...	تاریخ شروع بیمه نامه از ساعت ۲۴ روز / / ۱۴
	تاریخ انقضاء بیمه نامه از ساعت ۲۴ روز / / ۱۴

پوشش ها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	
حداکثر میزان پوشش بیمه ای مورد درخواست در طول مدت بیمه	ریال ...

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

LAF۰۵۵	شرکت بیمه سامان فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پیرا پزشکان	 Saman Insurance
تجدید نظر: ۰۲		
صفحه: ۱ از ۲		

بیمه گذار:	نماینده / کارگزار:
مهر، امضاء، تاریخ	مهر، امضاء، تاریخ