



شرکت بیمه تعاون

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پیرایشگران را با مشخصات زیر صادر نمایید.
ضمناً تعهد مینماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

نام متقاضی:	شماره ملی:
تاریخ تولد:	شماره همراه
آخرین مدرک تحصیلی:	رشته تحصیلی:
عنوان شغل:	شاغل در بخش:
نوع استخدام:	شماره پرسنلی / استخدام: <input type="checkbox"/> رسمی <input type="checkbox"/> غیر رسمی
نشانی منزل:	
کدپستی:	تلفن:
نشانی محل کار:	تلفن همراه:
تلفن:	
شماره بیمه نامه سال قبل:	تاریخ انقضاء:
نام شرکت بیمه:	
آیا متقاضی تاکنون توسط مراجع قضایی یا سازمان نظام پزشکی کشور محکوم به پرداخت خسارت ناشی از مسئولیت حرفه ای به بیماران یا ذی الحقوق آنان شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً در صورت پاسخ بلی، تعداد و مبالغ پرداختی را ذکر فرمائید:	
مدت بیمه:	از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز
تعهدات مورد درخواست	برای هر بیمار در مدت بیمه - ریال
فوت و نقص عضو	در مدت بیمه - ریال

ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر بر اساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد

نام و امضاء متقاضی بیمه

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه

تاریخ: