

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)

مشخصات عمومی	مشخصات تخصصی
نام و نام خانوادگی: ... شماره ملی (الزامی): ... محل صدور: ... نام پدر: ... شماره شناسنامه: ... تاریخ تولد: ...	مدرك تحصیلی: ... نوع تخصص: ... شماره نظام نامه پزشکی: ... سابقه کار (سال): ... رزیدنت: ☐ بلی ☐ خیر
نشانی اقامتگاه قانونی بیمه گذار: ... کد پستی: ... تلفن ثابت: ... دورنگار: ... تلفن همراه: ...	

موضوع و مشخصات

- آیا تا کنون بیمه نامه مسئولیت حرفه ای پزشکان 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: ... - آیا در مطب و 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: ... شرح فعالیت متقاضی در مطب (غیر ویزیت): ... - آیا مجوز رسمی انجام تزریقات را در مطب خود دارید؟ - آیا تاکنون بابت مسئولیت حرفه ای در مراجع ذی صلاح قانونی (نظام پزشکی یا قضایی) شکایتی علیه شما ثبت شده است؟ - 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. ... تعداد تقریبی اعمال جراحی در مدت یکسال انجام می دهید را ذکر نمایید. ... - آیا جزء اعضای گروه دارای تفاهم نامه گروهی (بیمه نامه گروهی مجموعه پزشکی) با بیمه سامان می باشید؟	☐ بلی ☐ خیر ☐ بلی ☐ خیر ☐ بلی ☐ خیر ☐ بلی ☐ خیر ☐ بلی ☐ خیر ☐ بلی ☐ خیر ☐ بلی ☐ خیر
--	--

مشخصات محل فعالیت

نام و نشانی بیمارستان/کلینیک: ... نشانی مطب: ... کد پستی: ... تلفن: ...	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 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.	ریال
بیمه گذار: مهر، امضاء، تاریخ	نماینده / کارگزار: مهر، امضاء، تاریخ