

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)

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

موضوع و مشخصات

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 کمکه های 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؟	بلی ☐ خیر ☐

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