

در راستای امنیت حرفه ای پیرایشگران شاغل در آرایشگاههای مجاز بانوان و آقایان شرکت بیمه سامان طرح "بیمه مسئولیت حرفه ای پیرایشگران" را تهیه و عرضه نموده است. دارندگان مشاغل فوق می توانند فرم ذیل را تکمیل و جهت دریافت بیمه نامه به نزدیکترین نمایندگی یا شعبه سامان در سراسر کشور مراجعه فرمایند.

نام متقاضی :	عنوان شغل:
مدرک تحصیلی :	نوع دیپلم حرفه ای :
شماره جواز رسمی تاسیس آرایشگاه	
شماره پروانه بهداشت :	نشانی محل کار :
-مساحت آرایشگاه	-تعداد صندلیهای کار
-میانگین تعداد مراجعه کنندگان در هر روز و در طول سال	
-مجموع خدماتی که در آن آرایشگاه ارائه می شود؟	
-متقاضی چه نوع پوشش هایی می باشید؟	
-آیا عملیات سولاریوم در آن آرایشگاه انجام می پذیرد؟	
-آیا متقاضی پوشش این عملیات نیز می باشید؟	
-آیا عملیات اپیلاسیون در آن آرایشگاه انجام می پذیرد؟	
-آیا متقاضی پوشش این عملیات نیز می باشید؟	
- آیا عملیات کاشت مو و سوزاندن موهای زائد در آن آرایشگاه انجام می پذیرد؟	
-آیا متقاضی پوشش این عملیات نیز می باشید؟	
آیا متقاضی تاکنون توسط مراجع قضایی یا وزارت بهداشت و درمان کشور محکوم به پرداخت خسارت ناشی از مسئولیت حرفه ای به مراجعه کنندگان یا ذوی الحقوق آنان شده است ؟	☐ خیر ☐ بله
لطفاً، تعداد و مبالغ پرداختی را ذکر فرمائید :	

حداکثر پوشش بیمه ای مورد تقاضا برای خسارت فوت و نقص عضو در قبال هر نفر در هر حادثه	ریال
حداکثر پوشش بیمه ای مورد تقاضا برای هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه	ریال
هزینه پزشکی در طول مدت اعتبار بیمه نامه	ریال
غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه نامه	ریال

بدینوسیله تأیید و گواهی میشود کلیه اظهارات فوق منطبق با واقعیت است و موافقت می گردد مطالب آن اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

نام و امضاء متقاضی :

تاریخ تکمیل :

نام نماینده