

مشخصات بیمه‌گذار

حقوقی	حقیقی
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:
شماره ملی (الزامی):	نام شرکت / واحد صنفی:
تاریخ تولد:	شناسه ملی / کد اقتصادی:
نشانی اقامتگاه قانونی بیمه‌گذار:	جنسیت: ☐ مرد ☐ زن
کد پستی اقامتگاه قانونی بیمه‌گذار:	شماره ثبت:
نشانی بیمارستان / مراکز درمانی محل اشتغال:	تلفن همراه:
کد پستی بیمارستان / مراکز درمانی محل اشتغال:	تلفن ثابت:
نشانی مطب:	
کد پستی مطب:	
مشخصات پزشک:	شماره نظام پزشکی: ... سابقه کار: ...
☐ پزشک عمومی ☐ پزشک متخصص جراح: (زمینه تخصص:)	☐ پزشک متخصص غیر جراح: (زمینه تخصص:)
آیا در عنوان حرفه‌ای خود به‌عنوان رزیدنت مشغول به فعالیت می‌باشید؟ ☐ خیر ☐ بلی	

موضوع و مشخصات بیمه

1- آیا برای این موضوع فعالیت قبلاً بیمه‌نامه مسئولیت حرفه‌ای پزشکان خریداری شده است؟ ☐ خیر ☐ بلی	در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه‌گر: شماره بیمه‌نامه: تاریخ انقضا: را ذکر نمایید.
2- آیا تحت مسئولیت شما کمک‌های پزشکی همانند تزریقات، جراحی‌های کوچک و کمک‌های اولیه صورت می‌گیرد؟ ☐ خیر ☐ بلی	در صورت مثبت بودن پاسخ آن را شرح دهید:
3- آیا تاکنون بابت مسئولیت حرفه‌ای در مراجع ذی‌صلاح قانونی (نظام پزشکی یا قضایی) شکایتی علیه شما ثبت شده است؟ ☐ خیر ☐ بلی	
4- آیا تاکنون محکوم به جبران خسارت بابت قصور در انجام مسئولیت حرفه‌ای خود شده‌اید؟ ☐ خیر ☐ بلی	در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت‌کننده را مشخص فرمایید: نوع خسارت: تعداد خسارت‌های ادعا شده: مبلغ خسارت:
5- آیا جزء اعضای گروه دارای تفاهم‌نامه گروهی (بیمه‌نامه گروهی مجموعه پزشکی) با بیمه سامان می‌باشید؟ ☐ خیر ☐ بلی	

پوشش‌ها و تعهدات

پوشش‌ها	تعهدات	مبلغ تعهد درخواستی (ریال)
جانی	حداکثر میزان پوشش بیمه‌ای مورد درخواست در هر حادثه	
	حداکثر میزان پوشش بیمه‌ای مورد درخواست در طول مدت بیمه	
مدت‌زمان مورد درخواست بیمه‌نامه		
مدت بیمه‌نامه (به‌روز):	تاریخ شروع بیمه‌نامه از ساعت 24 روز ... / ... / 14	تاریخ انقضا بیمه‌نامه از ساعت 24 روز ... / ... / 14

بدین وسیله اعلام می‌دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین این جانب می‌باشد و موافقت می‌نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

- بیمه‌گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه‌نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

- بیمه‌گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

امضا و تأیید این پرسشنامه به تنهایی به معنای تعهد بیمه‌گر در برابر پی‌شنهاددهنده نیست و انجام تعهدات بیمه‌گر تنها پس از صدور بیمه‌نامه امکان‌پذیر خواهد بود.

در صورت بروز خسارت ارائه مدرک حرفه‌ای معتبر مرتبط با فعالیت بیمه‌گذار محترم الزامی می‌باشد.

بیمه‌گذار:

نماینده/ کارگذار:

تاریخ، امضا، مهر

تاریخ، امضا، مهر