

مشخصات بیمه گزار

حقوقی	حقیقی	
نام شرکت / واحد صنفی:	نام پدر:	نام و نام خانوادگی:
شناسه ملی / کد اقتصادی:		شماره ملی (الزامی):
شماره ثبت:	جنسیت: ☐ زن ☐ مرد	تاریخ تولد:
نشانی اقامتگاه قانونی بیمه گزار:		
تلفن همراه:	تلفن ثابت:	کد پستی اقامتگاه قانونی بیمه گزار:
نشانی بیمارستان / مرکز درمانی محل اشتغال:		
کد پستی بیمارستان / مرکز درمانی محل اشتغال:		
نشانی مطب:		
کد پستی مطب:		

شماره نظام پرستاری: سابقه کار:

شاغل در بخش:

عنوان کامل شغلی:

رشته تحصیلی (طبق آخرین مدرک تحصیلی):

آیا در حال حاضر دانشجوی رشته ی پیراپزشکی می باشید؟ ☐ خیر ☐ بلی

موضوع و مشخصات بیمه

1- آیا برای این موضوع فعالیت قبلا بیمه نامه مسئولیت حرفه‌ای پیراپزشکان خریداری شده است؟ ☐ خیر ☐ بلی

در صورتیکه پاسخ مثبت است شرکت بیمه صادر کننده آن را بنویسید.

نام بیمه گر: شماره بیمه نامه: تاریخ انقضا:

2- آیا تحت مسئولیت شما کمک‌های پزشکی همانند تزریقات، جراحی‌های کوچک و کمک‌های اولیه صورت می‌گیرد؟ ☐ خیر ☐ بلی

در صورتیکه پاسخ مثبت است آن را شرح دهید.

3- آیا تاکنون بابت مسئولیت حرفه‌ای در مراجع ذی صلاح 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 شده اید؟ ☐ خیر ☐ بلی

در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید:

نوع خسارت: تعداد خسارت های ادعا شده: مبلغ خسارت:

5- آیا جزء اعضای گروه دارای تفاهم نامه گروهی (بیمه نامه گروهی مجموعه پزشکی) با بیمه سامان می‌باشید؟ ☐ خیر ☐ بلی

پوشش‌ها و تعهدات

پوشش‌ها	تعهدات	مبلغ تعهد درخواستی (ریال)
جانی	حداکثر میزان پوشش جانی مورد درخواست در هر حادثه	
	حداکثر خسارت جانی مورد درخواست در طول مدت بیمه	

مدت زمان مورد درخواست بیمه‌نامه

مدت بیمه‌نامه (به روز): ... تاریخ شروع بیمه‌نامه از ساعت 24 روز ... / ... / 14... تاریخ انقضاء بیمه‌نامه از ساعت 24 روز ... / ... / 14

بدین وسیله اعلام می‌دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و متطبق 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.

- امضاء و تأیید این پرسشنامه به تنهایی به معنای تعهد بیمه‌گر در برابر پیشنهاد دهنده 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، امضاء، مهر

تاریخ، امضاء، مهر