

### فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی پیرایشگران

مشخصات بیمه گذار	نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	شماره شناسنامه:
	نام پدر:	تاریخ تولد:	
	شماره پرسنلی/استخدام:	نوع حرفه:	<input type="checkbox"/> پیرایشگر <input type="checkbox"/> دانشجوی پیرایشگری
	نوع تخصص:	آخرین مدرک تحصیلی:	رشته تحصیلی:
	نام و نشانی مطب:	تلفن:	تلفن:
	نام و نشانی بیمارستان:	تلفن:	تلفن:
نام و نشانی سایر مراکز درمانی:	نشانی محل سکونت:	تلفن همراه:	

حداکثر تعهد مورد درخواست در طی دوره بیمه:	ریال
---	------

سایر فعالیت ها و سوابق	چند سال سابقه عدم اعلام خسارت در بیمه مسئولیت حرفه‌ای پیرایشگران را دارید؟
	کدام یک از گزینه‌های زیر با حرفه شما منطبق است؟
	در مطب یا سایر مراکز درمانی تحت مسئولیت من خدماتی مانند تزریقات، جراحی‌های کوچک و فوریت‌های اولیه پزشکی صورت می‌گیرد. <input type="checkbox"/>
	مامای دارای مطب مستقل می‌باشم. <input type="checkbox"/> سوپروایزر بالینی هستم. <input type="checkbox"/> سوپروایزر آموزشی هستم. <input type="checkbox"/>
پرستار شاغل در مطب پزشک می‌باشم. <input type="checkbox"/> بهیار شاغل در مطب پزشک می‌باشم. <input type="checkbox"/>	
آیا حداقل در پنج سال گذشته، حادثه‌ای که منجر به فوت یا نقص عضو شده باشد، رخ داده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	

<b>مدت زمان مورد درخواست بیمه‌نامه</b>	
مدت بیمه‌نامه:	
تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز	
تاریخ انقضا: تا ساعت ۲۴ روز	

\*\*بدینوسیله اعلام می‌دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات یقین اینجانب می‌باشد و موافقت می‌نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار می‌گیرد.

\*\* به اطلاع می‌رساند، تکمیل این پرسشنامه به منزله صدور بیمه‌نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه‌گذار، بیمه‌نامه صادر خواهد گردید.\*\*

کار گزار/نماینده:
مهر امضاء و تاریخ:

بیمه‌گذار:
مهر امضاء و تاریخ: