

شماره :
تاریخ پیشنهاد :

پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پیراپزشکان

مشخصات عمومی
پیشنهاد دهنده

نام :

نام خانوادگی :

شماره شناسنامه :

نام پدر :

کد ملی :

نشانی منزل :

مشخصات تخصصی
پیشنهاد دهنده

عنوان کامل فعالیت شغلی :

مدرک تحصیلی :

فعالیت فعلی بیمه گذار :

رشته تحصیلی :

لطفا خلاصه ای از مدارج تحصیلی و سوابق حرفه ای خود را شرح دهید :

مشخصات
محل فعالیت

شهر محل فعالیت :

نام و نشانی بیمارستان یا کلینیک محل فعالیت :

تلفن :

مدت
بیمه نامه

مدت بیمه نامه

سال تمام و از ظهر روز

الی ظهر روز

می باشد.

تعهدات
مورد درخواست

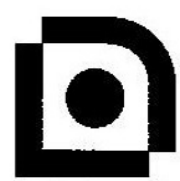
حداکثر تعهد مورد درخواست در طول مدت بیمه :

نام و کد نمایندگی / کارگزار :

تاریخ :

مهر و امضاء :

نام و امضا پزشک :



بیمه سامان

تهران، خیابان خاندان لاسلامبولی (وزرا)،
شماره ۱۲۳، کد پستی ۱۵۱۳۸۱۳۱۱۹
تلفن: ۰۲۰-۸۸۷۰۰۰۵
نمابر: ۰۲۰-۸۸۷۰۰۰۴
www.samaninsurance.com
e-mail: info@samaninsurance.com

پیشنهاد و پرسشنامه بیمه
مسئولیت مدنی حرفه ای پیراپزشکان