



فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت حرفه ای ماساژورها

شماره سند: FM-LB-۸۹/۰۱

تاریخ:/...../.....

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

مشخصات بیمه گذار:

نام و نام خانوادگی :
تاریخ تولد :
تلفن ثابت :
نشانی محل سکونت :

کد پستی :

موضوع فعالیت بیمه گذار:

نوع مدرک : آخرین مدرک تحصیلی: سازمان یا ارگان ارائه دهنده مدرک :
مکان های فعالیت را شرح دهید :

.....
.....
.....

در کدامیک از گرایش های ماساژ فعالیت می کنید :

ورزشی ☐ زیبایی و مراقبت ☐ تفریحی (آرامش بخش) ☐
در کدامیک از سبک های ماساژ فعالیت می کنید :
یو می هو تراپی ☐ کایروپراکتیک ☐ ماساژ همراه با ترموتراپی ☐
تکنیک های کرکینگ ☐ قولنج گیری ☐

آیا متقاضی تاکنون توسط مراجع قضایی یا سازمان های مرتبط محکوم به پرداخت خسارت ناشی از مسئولیت حرفه ای به اشخاص ثالث یا ذی الحقوق شده است ؟

.....
.....

مدت بیمه نامه و حداکثر پوشش های بیمه ای مورد درخواست:

مدت زمان بیمه : روز / شروع بیمه نامه : ساعت ۲۴ مورخ انقضاء بیمه نامه : ساعت ۲۴ مورخ

حدود تعهدات درخواستی بیمه گذار:	
ریال	حداکثر هزینه پزشکی (برای هر نفر در هر حادثه)
ریال	حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه
ریال	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو ماه های عادی (برای هر نفر در هر حادثه)
ریال	حداکثر غرامت فوت ماه های حرام (برای هر نفر در هر حادثه)
ریال	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه

بدین وسیله اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر براساس حس نیت و با آگاهی از اهمیت صدور بیمه نامه اعلام گردیده؛
لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

تاریخ:	نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:	نام و امضاء بیمه گذار: