

پرسشنامه بیمه نامه مسئولیت حرفه ای پیراپزشکان

با توجه به اینکه بیمه نامه بر اساس اطلاعات مندرج در این پرسشنامه صادر می گردد، خواهشمند است نسبت به ارائه پاسخ صحیح و دقت کافی در تکمیل آن، اقدام نمائید.

نام پیشنهاد دهنده (حقیقی <input type="radio"/> حقوقی <input 3"="" type="radio>):</td> </tr> <tr> <td colspan="/> نام بیمه گذار (حقیقی <input type="radio"/> حقوقی <input 3"="" type="radio>):</td> </tr> <tr> <td>تاریخ پیشنهاد:</td> <td>تلفن ثابت:</td> <td>تلفن همراه:</td> </tr> <tr> <td>کد ملی/شناسه ملی:</td> <td>تاریخ تولد:</td> <td>نام معرف: نمایندگی/ کارگزار:</td> </tr> <tr> <td colspan="/> نشانی بیمه گذار/ پیشنهاد دهنده (به صورت کامل):											
کد پستی:	پست الکترونیکی:										
توجه: پیشنهاد دهنده می بایست شخصی باشد که دارای مجوز از مراجع ذیصلاح بوده (بیمه نامه صرفاً بنام بیمه گذار صادر می گردد).											
نوع شغل:	بخش فعالیت:										
شماره نظام پیراپزشکی:	سابقه کار:										
مدرک تحصیلی:	محل اخذ مدرک:	سال اخذ مدرک:									
نشانی دقیق مطب:											
تلفن مطب:											
نشانی دقیق بیمارستان:											
تلفن بیمارستان:											
مدت بیمه:	از ساعت ۲۴ روز:	تا ساعت ۲۴ روز:									
<p>آیا متقاضی تاکنون توسط مراجع قضایی یا سازمان نظام پزشکی کشور محکوم به پرداخت خسارت ناشی از مسئولیت حرفه ای به بیماران یا ذوی الحقوق آنان شده است؟</p> <p>لطفاً، تعداد ومبالغ پرداختی را ذکر فرمائید:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>تاریخ وقوع</th> <th>شرح مختصر</th> <th>خسارت پرداخت شده</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>در صورت مثبت بودن پاسخ، فوق و داشتن بیمه نامه، نام شرکت بیمه گر قبلی، شماره و تاریخ بیمه نامه را ذکر نمائید.</p>			تاریخ وقوع	شرح مختصر	خسارت پرداخت شده						
تاریخ وقوع	شرح مختصر	خسارت پرداخت شده									
تعهدات مورد درخواست:											
ریال	۱-گرامت فوت و نقص عضو برای هرنفر در ماه عادی:										
ریال	۲-حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای ماههای عادی در طول مدت بیمه نامه:										
ریال	۳-گرامت فوت برای هرنفر در ماه حرام:										
ریال	۴-حداکثر غرامت فوت برای ماههای حرام در طول مدت بیمه نامه:										

بدینوسیله اعلام می دارد کلیه اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و موافقت می دارد که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

امضاء بیمه گذار/امضاء پیشنهاد دهنده

تاریخ: