

پرسشنامه بیمه نامه مسئولیت حرفه ای پزشکان

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 نمایید.

نام پیشنهاد دهنده (حقیقی حقوقی حقوقی پزشک متخصص پزشک عمومی رزیدنت میانگین تعداد عمل جراحی در سال:

شماره نظام پزشکی:

مدرک تحصیلی: محل اخذ مدرک: سال اخذ مدرک:

نشانی دقیق مطب: تلفن مطب:

نشانی دقیق بیمارستان: تلفن بیمارستان:

چنانچه در محل فعالیت، مواردی از قبیل تزریقات جراحی های کوچک انجام می شود، بیان نمایید.

چنانچه در محل فعالیت، مواردی از قبیل عکسبرداری، سونوگرافی، و یا ... انجام می شود، بیان نمایید.

در صورت انجام جراحی زیبایی از قبیل موارد ذیل توسط پزشک عمومی و تحت پوشش قرارداد آنها موارد اعلام گردد.

تزریق فیلرهای پوستی تزریق بوتاکس حذف مو به روش لیزر حذف مو به روش ای پی ال حذف مو به روش لیزر پیلینگ

مدت بیمه: ماه از ساعت ۲۴ روز: تا ساعت ۲۴ روز:

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؟

لطفاً، تعداد ومبالغ پرداختی را ذکر فرمائید:

تاریخ وقوع	شرح مختصر	خسارت پرداخت شده

در صورت مثبت بودن پاسخ، فوق و داشتن بیمه نامه، نام شرکت بیمه گر قبلی، شماره و تاریخ بیمه نامه را ذکر نمایید.

تعهدات مورد درخواست:

۱- گرامت فوت و نقص عضو برای هرنفر در ماه عادی: ریال

۲- حداکثر گرامت فوت و نقص عضو برای ماههای عادی در طول مدت بیمه نامه: ریال

۳- گرامت فوت برای هرنفر در ماه حرام: ریال

۴- حداکثر گرامت فوت برای ماههای حرام در طول مدت بیمه نامه: ریال

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: