

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پیراپزشکان

پیشنهاد	شماره پیشنهاد: نام معرف: تاریخ پیشنهاد:/...../..... کد معرف:																
مشخصات بیمه‌گذار	بیمه‌گذار: کد ملی: شماره شناسنامه: سال تولد:/...../..... محل صدور: عنوان شغل: مدرک تحصیلی: شماره نظام پزشکی / پرستاری:																
نشانی	مرکز درمانی محل اشتغال: تلفن / دورنگار: چنانچه دارای مطب می‌باشید نشانی دقیق آن را قید کنید.																
فعالیت حرفه‌ای	۱- چنانچه شما در مطب کمک‌های پزشکی مانند تزریقات، جراحی‌های کوچک و کمک‌های اولیه انجام می‌دهید، ذکر نمایید. ۲- خلاصه‌ای از سوابق حرفه‌ای خود را شرح دهید.																
سابقه بیمه‌ای و خسارتی	۱- چنانچه سابقه بیمه‌ای دارید، مدت بیمه و شرکت‌های بیمه طرف قرارداد را ذکر نمایید. ۲- چنانچه در سال‌های گذشته حادثه‌ای که منجر به فوت یا نقص عضو بیماران شما گردیده و در سازمان نظام پزشکی و مراجع قضایی محکوم به پرداخت غرامت شده‌اید، تعداد و مبالغ هر یک را (به صورت مصالحه و یا محکومیت قطعی) ذکر نمایید.																
تعهدات درخواستی	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">فوت</th> <th rowspan="2">نقص عضو</th> <th rowspan="2">نوع پوشش</th> </tr> <tr> <th>در ماه‌های عادی</th> <th>در ماه‌های حرام</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ریال</td> <td>ریال</td> <td>ریال</td> <td>۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه</td> </tr> <tr> <td>ریال</td> <td>ریال</td> <td>ریال</td> <td>۲- غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه</td> </tr> </tbody> </table>			فوت		نقص عضو	نوع پوشش	در ماه‌های عادی	در ماه‌های حرام	ریال	ریال	ریال	۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه	ریال	ریال	ریال	۲- غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه
فوت		نقص عضو	نوع پوشش														
در ماه‌های عادی	در ماه‌های حرام																
ریال	ریال	ریال	۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه														
ریال	ریال	ریال	۲- غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه														
مدت بیمه	مدت بیمه درخواستی: روز																
مهر و امضاء بیمه‌گذار	به این وسیله تأیید و گواهی می‌نمایم: ۱- کلیه اظهارات فوق مبتنی بر واقعیت بوده و موافقت می‌شود که اساس و مبنای صدور بیمه‌نامه توسط بیمه البرز قرار گیرد. ۲- این پرسشنامه جزء لاینفک بیمه‌نامه است و به تنهایی هیچگونه تعهدی را برای شرکت بیمه البرز ایجاد نمی‌نماید. نام / مهر و امضاء بیمه‌گذار																
ملاحظات بیمه‌گر	نام و امضاء مهر و امضاء معرف																