

## پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسؤولیت مدنی حرفه ای پیرا پزشکان - بیمه دی

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

دارای کد اختصاصی :

اینجانب :

با آگاهی از شرایط عمومی بیمه مسؤولیت مدنی حرفه ای پیراپزشکان و تایید صحت اظهارات مندرج در پرسشنامه و پیشنهاد بیمه، تقاضای صدور بیمه نامه بر اساس مندرجات ذیل را داشته و همچنین موافقت دارد که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

مشخصات پیشنهاد دهنده بیمه	<p>نام و نام خانوادگی : کد ملی:</p> <p>تاریخ تولد: روز: ماه: سال:</p> <p>نشانی منزل:</p> <p>تلفن تماس: (ثابت) (همراه): (فاکس):</p>
محدوده قالیات	<p>نشانی مطب:</p> <p>نشانی بیمارستان:</p>
نوع تخصص	<p><input type="checkbox"/> ماما <input type="checkbox"/> دندانپزشک تجربی <input type="checkbox"/> بهداشت کار دهان و دندان <input type="checkbox"/> سوپروایزر بالینی <input type="checkbox"/> سوپروایزر آموزشی <input type="checkbox"/> NICU <input type="checkbox"/> picu</p> <p><input type="checkbox"/> تکنسین فوریتهای پزشکی <input type="checkbox"/> کارشناس تجهیزات پزشکی <input type="checkbox"/> پرستار تیم احیاء <input type="checkbox"/> پرستار کلیه بخشها <input type="checkbox"/> مترون <input type="checkbox"/> داروساز</p> <p><input type="checkbox"/> پرستار بخش..... <input type="checkbox"/> پرستار / بهیار مشغول در بخش ICU/CCU/دیالیز و اورژانس <input type="checkbox"/> سرپرستار بخش.....</p> <p><input type="checkbox"/> بیهوشی <input type="checkbox"/> فیزیوتراپ <input type="checkbox"/> رادیوتراپی <input type="checkbox"/> تکنسین / پرستار / بهیار اتاق عمل <input type="checkbox"/> روانشناس <input type="checkbox"/> کارشناس تغذیه <input type="checkbox"/> کاردرمانی</p> <p><input type="checkbox"/> تکنسین رادیولوژی/سی تی اسکن /MRI <input type="checkbox"/> کارشناس/تکنسین [آزمایشگاه /داروخانه/نوارنگاری /CSR] <input type="checkbox"/> کمک بهیار</p> <p><input type="checkbox"/> گفتاردرمانی <input type="checkbox"/> کارشناس سلامت <input type="checkbox"/> کارشناس شنوایی شناسی <input type="checkbox"/> کمک پرستار <input type="checkbox"/> بهیار</p> <p style="text-align: center;"><b>نوع تخصص:</b> <b>مدرک تحصیلی:</b></p>
تعدادات مورد درخواست	<p>حداکثر تعهدات بیمه گر جهت جبران غرامت جانی در طول مدت بیمه ..... ریال</p>
مدت بیمه	<p>شماره بیمه نامه سال قبل:</p> <p>تعداد سالهای عدم خسارت:</p> <p>نام شرکت بیمه سال قبل:</p> <p>تاریخ انقضای بیمه سال قبل:</p> <p>مدت بیمه نامه ..... ماه از ساعت ۲۴ تاریخ: ۱۴ / / تا ساعت ۲۴ تاریخ: ۱۴ / /</p>
<p>۱- آیا تاکنون ادعای خسارت یا اقامه دعوی علیه شما مطرح شده است ؟ در صورت پاسخ مثبت، تعداد و میزان غرامت ادعا شده را ذکر فرمایید:</p>	
سایر اطلاعات	

امضاء:

تاریخ:

کد و نام واحد صدور :

کد و نام معرف: