



## پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان و پیراپزشکان

										خانم/آقای: .....										<b>مشخصات</b>
کد ملی										آدرس پستی: .....										
تلفن										همراه										
نمبر																				

<b>مخصوصی پزشکان</b>	<p>نوع تخصص: .....</p> <p>● شماره نظام پزشکی: .....</p> <p>چنانچه به تحصیل اشتغال دارید، توضیح دهید: .....</p> <p>تعداد تقریبی اعمال جراحی در مدت یکسال: .....</p> <p>چنانچه تحت مسئولیت تزریقات، جراحیهای کوچک و کمکهای اولیه صورت می گیرد ذکر نمائید: .....</p> <p>امکانات و کمکهای پزشکی تحت مسئولیت خود را شرح دهید: .....</p> <p>آیا پوشش بیمه ای انجام اعمال زیبایی در راستای صلاحیت حرفه ای مورد تأیید سازمان نظام پزشکی مورد نیاز است؟ <input checked="" type="checkbox"/> بلی</p> <p>آیا پوشش اضافی افزایش مدت مرور زمان (ادعای خسارت) از چهار سال به شش سال مورد نیاز است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p>
----------------------	--

<b>مخصوصی پیراپزشکان</b>	<p>شماره پرسنلی: .....</p> <p>نوع استخدام: <input type="checkbox"/> رسمی <input type="checkbox"/> قراردادی <input type="checkbox"/> روزمزد</p> <p>آخرین مدرک تحصیلی: .....</p> <p>رشته تحصیلی: .....</p> <p>آیا در حال حاضر به تحصیل اشتغال دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا دارای مطب می باشید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p>
--------------------------	---

<b>اطلاعات مشترک</b>	<p>نام بیمه گر و شماره بیمه نامه سال قبل را درج نمائید. ....</p> <p>آیا در خصوص مسئولیت حرفه ای شما تاکنون خسارتی مطرح شده است؟ لطفاً شرح دهید. ....</p> <p>آدرس مطب/ بیمارستان: .....</p> <p>تلفن: .....</p>
----------------------	---

<b>نقده در خواستی و مدت بیمه</b>	<p>حداکثر تعهد بیمه گر برای هر زیاندریده تا مبلغ ..... ریال درخواست می گردد.</p> <p>بیمه نامه به مدت ..... روز، از ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳۹۹ تا ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳۹۹ درخواست می گردد.</p>
----------------------------------	--

این پرسشنامه به درخواست اینجانب تکمیل و با امضای آن ضمن تصدیق صحت مندرجات، اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سئوالات فوق با صداقت و حسن نیت جواب داده شده است و در صورت اثبات هر گونه اظهار خلاف واقع و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن مطابق مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه متوجه اینجانب می باشد.

تاریخ تکمیل: ..... نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده: ..... مهر و امضاء

مهر و امضاء نمایندگی: .....