

## فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پیرا پزشکان



قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما بر اساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می شود لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

شماره ملی :	نام متقاضی :	
شماره همراه :	تاریخ تولد :	
شماره نظام پرستاری :	رشته تحصیلی :	آخرین مدرک تحصیلی :
شغل در بخش :		
نوع استخدام : رسمی <input type="checkbox"/> غیر رسمی <input type="checkbox"/> شماره پرسنلی/استخدام :		
نشانی منزل :		
تلفن همراه:	تلفن:	کد پستی:
تلفن :	نشانی محل کار :	
نام شرکت بیمه:	تاریخ انقضاء:	شماره بیمه نامه سال قبل
آیا متقاضی تا کنون توسط مراجع قضایی یا سازمان نظام پزشکی کشور محکوم به پرداخت خسارت ناشی از مسئولیت حرفه‌ای به بیماران یا ذی الحقوق آنان شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً در صورت پاسخ بلی، تعداد و مبالغ پرداختی را ذکر فرمائید :		
مدت بیمه : روز از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز		
حداکثر تعهد بیمه گر در هر حادثه و در طول مدت بیمه نامه	تعهدات مورد درخواست	
		دیه فوت و نقص عضو

\*\*\* بدینوسیله اعلام می نماید که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد ، کامل و درست بوده و هیچگونه مطالب مغایری بیان نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است.

همچنین موافقت می شود که این پیشنهاد ، اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد

تاریخ تکمیل: نام وامضاء نماینده / کار گزار بیمه : نام و مهر و امضاء متقاضی بیمه :