



بیمه آسیا
« سهامی عام »

www.BimehAsia.ir

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پیراپزشکان در قبال بیماران

● تهران ، خیابان آیتاله طالقانی، حدفاصل خیابان
نجات الهی و سپهبد قرنی ، نبش کوچه صف شکن، ساختمان
شماره ۳۱۰
● تلفن :
● کد اقتصادی :
۸۷۰۷
۴۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

از شرکت بیمه آسیا (سهامی عام) درخواست می گردد بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پیراپزشکان را بر اساس مندرجات این پیشنهاد به مدت روز
از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ صادر نماید.

مشخصات بیمه گذار

نام بیمه گذار : شماره ملی :
تاریخ تولد : / / محل صدور : نام پدر : شماره شناسنامه :
آدرس منزل : تلفن :
نشانی الکترونیکی : تلفن همراه :

فائده ها و سوابق حرفه ای بیمه گذار

نوع حرفه : دانشجوی پیراپزشکی پیراپزشک پرستار بهیار ماما سوپروایزر سایر
عنوان کامل شغل و بخش مربوطه :
شماره نظام پرستاری : مدرک تحصیلی :
آدرس مطب : تلفن :
آدرس بیمارستان / سایر مراکز درمانی : تلفن :
در صورتیکه هر کدام از گزینه های ذیل ، مطابق با نوع حرفه شما بوده و در مطب یا سایر مراکز درمانی تحت مسئولیت شما ، این نوع خدمات
انجام می گیرد ، لطفاً مشخص بفرمائید :
 تزریقات فوریت های اولیه پزشکی سایر موارد :
 مامای دارای مطب مستقل می باشم . سوپروایزر بالینی می باشم .
 پرستار شاغل در مطب مستقل می باشم . سوپروایزر آموزشی می باشم .
 بهیار شاغل در مطب مستقل می باشم .
خواهشمند است خلاصه ای از مدارج تحصیلی ، سوابق حرفه ای و شرح وظایف خود را مرقوم بفرمائید :
بیمه نامه تمدیدی است یا خیر ؟ (نزد کدام شرکت) : شماره بیمه نامه سال قبل :
آیا دارای سابقه خسارت می باشید ؟ بلی خیر
در صورت وجود سابقه خسارت، تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت، نقص عضو یا هزینه درمان صدمات جسمانی یا روانی گردیده است:
فوت : نفر ، طی حادثه نقص عضو : نفر ، طی حادثه هزینه پزشکی : نفر ، طی حادثه
در صورت عدم خسارت ، دارای چند سال تخفیف در بیمه نامه خود می باشید :

تفصیلات درخواستی

نظر به اینکه میزان غرامت مورد درخواست در دو قسمت (الف : سرمایه ثابت با درج مبلغ درخواستی) یا (ب : دیه سال جاری) تعبیه شده است ، لذا
تقاضا می گردد یکی از دو حالت مورد اشاره را در فرم پیشنهاد انتخاب نمائید :
 الف - سرمایه ثابت به مبلغ : ریال
 ب - دیه سال جاری به مبلغ : ریال ماه عادی و ریال ماه حرام

مشخصات واحد صدور

نام نمایندگی : کد : واحد صدور :
نام کارگزاری : کد : واحد صدور :
آیا بیمه گذار عضو گروه هایی که دارای تفاهمنامه گروهی نزد بیمه آسیا می باشند ، است؟ بلی خیر
در صورت اعلام نظر مثبت ، شماره تفاهمنامه را مرقوم بفرمائید :

در صورت انتخاب بند (ب) کادر تعهدات ، آیا تمایل به اخذ پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه را دارید ؟ بلی خیر

(در صورت جواب بلی یکی از گزینه های ذیل را انتخاب فرمائید)

پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی دیه یک سال آتی

پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی دیه دو سال آتی

پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی دیه سه سال آتی

پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی دیه چهار سال آتی

آیا تمایل به اخذ پوشش مرور زمان تا شش سال را دارید ؟ بلی خیر

اینجانب تعهد می‌نمایم که به کلیه پرسش‌های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجاکه این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه‌نامه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پیراپزشکان می‌باشد ، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع ، بیمه گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه‌نامه صادره ، مسئول جبران خسارت خواهد بود .

نام / مهر و امضاء بیمه‌گذار

مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری

تاریخ تکمیل پیشنهاد :