

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پیراپزشکان

پیشنهاد	شماره پیشنهاد: نام معرف: تاریخ پیشنهاد:/...../..... کد معرف:	
بیمه‌گذار مشخصات	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.	
حداکثر تعهدات بیمه‌گر	نوع پوشش سرمایه به ریال	۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه (ماه عادی) ۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه (ماه حرام) ۳- حداکثر غرامت در طول مدت اعتبار بیمه نامه
تسهلات تکمیلی درخواستی	پوشش‌های تکمیلی را در صورت درخواست با علامت زدن در مربع مشخص نمایید. ۱. ☐ مسئولیت دانشجویان و بهیاران و پرستاران شاغل در مطب‌های پزشکی ۲. ☐ تعدد دیات و دیات غیرمصری: ☐ یک دیه مازاد ☐ دو دیه مازاد ☐ سه دیه مازاد ۳. ☐ افزایش مرور زمان دعاوی از ۴ سال به ۶ سال پس از انقضای بیمه نامه ۴. ☐ مابه التفاوت افزایش دیه در سال بعد علاوه بر تعهدات خریداری شده در جدول مشخصات بیمه نامه: ☐ یک بار ☐ دوبار ☐ سه بار	
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	