



بیمه دانا

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پیراپزشکان

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲  
تلفن: ۸۸۷۷۰۹۷۱-۸۰  
نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

شماره فرم: DL - FR-751-55

صفحه: ۱ از ۲

مشخصات عمومی

۱- نام کامل بیمه گذار: .....

شماره ملی / شناسه ملی : ..... سال تولد: .....

نام کارگزار یا نماینده و کد نمایندگی : .....

۲- نشانی دقیق، کد پستی و تلفن بیمه گذار : .....

۳- تعداد حوادث در پنج سال گذشته و شرح نوع حوادث :

ردیف	تاریخ حادثه	تعداد حادثه	نوع (نقص عضو و فوت)	علت و مقصر حادثه	مبلغ پرداخت شده (ریال)

• در صورتی که فاقد سابقه خسارت در سال های گذشته می باشید تعداد سنوات عدم خسارت را اعلام نمایید: .....

۴- شماره بیمه نامه سال قبل: ..... نام بیمه گر قبلی: .....

سایر مشخصات و سوابق بیمه گذار

مشخصات :

▪ عنوان شغلی پیراپزشک : .....

▪ شماره نظام پرستاری : .....

▪ وضعیت تحصیلی : دانشجوی رشته ..... فارغ التحصیل رشته .....

▪ در صورت سوپروایزر بودن ، بخش یا بخش های مربوطه اعلام گردد :

▪ بالینی  آموزشی  سایر  .....

▪ محدوده فعالیت گروه های شغلی ماما ها / پرستاران و بهیاران :

▪ بیمارستان  مطب  هر دو  سایر مراکز .....

نام ، نشانی و تلفن محل کار :

• آدرس بیمارستان / سایر مراکز درمانی : .....

• آدرس مطب : .....

▪ آیا مایل می باشید محدوده فعالیت صرفا استان محل زندگی تعیین گردد؟  بلی  خیر

( در صورت محدود نمودن محدوده فعالیت برخی از استان ها، در محاسبه حق بیمه تخفیف اعمال خواهد شد ، لطفاً برای آگاهی از جزئیات با واحد صدور هماهنگی به عمل آورید. )



بیمه دانا

### فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پیراپزشکان

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲  
تلفن: ۸۸۷۷۰۹۷۱-۸۰  
نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

شماره فرم: DL - FR-751-55

صفحه: ۲ از ۲

#### پوشش‌های اضافی مورد درخواست بیمه گذار

۱) پوشش بیمه‌ای مازاد بر یک دیه (دیه دوم و بیشتر):

به موجب این پوشش، مسئولیت بیمه گذار در قبال جبران مبلغ ریالی خسارات بدنی وارد به زیاندیدگان بیش از ۱۰۰ درصد دیه ماه‌های عادی و حداکثر تا سقف ..... ریال با رعایت سایر شرایط بیمه نامه در تعهد بیمه گر می باشد.

۲) پوشش افزایش مبلغ ریالی دیه :

به موجب این پوشش، افزایش مبلغ دیه ناشی از اعلام قوه قضائیه نسبت به تعهدات مندرج در بیمه نامه، با رعایت ماده ۱۱ شرایط عمومی بیمه نامه پیوست ، از تاریخ شروع پوشش بیمه برای یک /دو/سه/چهار/پنج بار افزایش در تعهد بیمه گر خواهد بود.

از تاریخ شروع پوشش بیمه برای یک بار افزایش  از تاریخ شروع پوشش بیمه برای دو بار افزایش  از تاریخ شروع پوشش بیمه برای سه بار افزایش   
از تاریخ شروع پوشش بیمه برای چهار بار افزایش  از تاریخ شروع پوشش بیمه برای پنج بار افزایش

۳) پوشش افزایش مدت مرور زمان دعاوی از ۴ سال به ۶ سال :

بر اساس این پوشش مدت تعیین شده در ماده ۱۱ شرایط عمومی بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان در خصوص مهلت اعلام خسارت، از چهار سال به شش سال افزایش می یابد.

۴) پوشش هزینه درمان صدمات جسمی یا روانی:

بر اساس این پوشش، مسئولیت بیمه گذار در قبال جبران هزینه های درمان صدمات جسمی یا روانی حداکثر تا سقف ..... ریال با رعایت سایر شرایط بیمه نامه در تعهد بیمه گر می باشد.

سرمایه تحت پوشش : ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال  ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال  ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

#### مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

مدت بیمه‌نامه: ..... روز / تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز / ۱۴ / / تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴ روز / ۱۴ / /

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
حداکثر تعهد بیمه گر برای هر بیمار	
حداکثر تعهد بیمه گر در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه )	

#### تأییدیه بیمه گذار

اینجانب به عنوان بیمه گذار/ نماینده بیمه گذار تعهد می نمایم که به سئوالات مندرج در این فرم پیشنهاد به درستی و منطبق بر واقعیت پاسخ داده و موافقت می‌نمایم مندرجات پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد

نام و امضا بیمه گذار

تاریخ دریافت فرم پیشنهاد

امضا و مهر واحد صدور

تأییدیه واحد صدور (نمایندگی / شعبه):