



پرسشنامه بیمه وقفه در فعالیت پزشکان و پیراپزشکان

شرکت سهامی بیمه ایران

مشخصات متقاضی

خانم/آقای										کد ملی
شماره شناسنامه :										تاریخ تولد : / / ۱۳
آدرس :										
تلفن			نمبر		همراه					

ارزیابی سلامت متقاضی

آیا تاکنون سابقه بیماری قلبی عروقی داشته اید ؟	☐ بله	☐ خیر
آیا تاکنون سابقه سکته مغزی داشته اید ؟	☐ بله	☐ خیر
آیا تاکنون سابقه بیماری پیوند اعضا داشته اید ؟	☐ بله	☐ خیر
آیا تاکنون سابقه بیماریهای عفونی داشته اید ؟	☐ بله	☐ خیر
آیا تاکنون سابقه بیماری هیپاتیت داشته اید ؟	☐ بله	☐ خیر
آیا تاکنون سابقه بیماری ام اس داشته اید ؟	☐ بله	☐ خیر

اطلاعات فعالیت

(۱) نوع تخصص :					• شماره نظام پزشکی/پرستاری :				
(۲) حداکثر تعهدات درخواستی را بر اساس جدول زیر مشخص نمایید :									
نوع تخصص	داندانپزشکان و پزشکان متخصص و فوق تخصص جراح	پزشکان متخصص و فوق تخصص غیر جراح	پزشکان عمومی	پرستاران ، ماماها، تکنسین ها و بهیاران	تعهد/ مدت				
تعهدات درخواستی:	۱ الی ۲۰ برابر تعرفه قانون کار و سازمان تأمین اجتماعی	۱ الی ۱۵ برابر تعرفه قانون کار و سازمان تأمین اجتماعی	۱ الی ۱۰ برابر تعرفه قانون کار و سازمان تأمین اجتماعی	۱ الی ۳ برابر تعرفه قانون کار و سازمان تأمین اجتماعی	←				
مدت پوشش درخواستی:	۱ الی ۱۰ سال	۱ الی ۱۰ سال	۱ الی ۱۰ سال	۱ الی ۱۰ سال	←				

* مدت اعتبار بیمه نامه یکسال بوده و متقاضی می تواند از یکسال تا ده سال جهت درآمد مورد انتظار درخواست پوشش بیمه ای نماید.

- ★ حداکثر سن متقاضی برای پوشش بیماری (سکته قلبی، سکته مغزی، پیوند اعضا، ایدز، هپاتیت، بیماریهای عفونی و ام اس) ۶۰ سال است.
- ★ حداکثر تعهد بیمه گر برای سالهای پوشش بیمه ای تا سن ۷۰ سال می باشد.
- ★ در صورت تحقق خطرات تحت پوشش بیمه نامه بجز حادثه، مبنای پرداخت خسارت بر اساس تعرفه قانون کار (سازمان تأمین اجتماعی) در زمان صدور بیمه نامه می باشد.

۳) پوشش / پوشش های مورد نیاز خود را انتخاب نمایید :

☒ قطع درآمد مورد انتظار ناشی از حوادث.

☐ قطع درآمد مورد انتظار ناشی از بیماریها (طبق شرایط عمومی بیمه نامه).

☒ قطع درآمد مورد انتظار ناشی از دعاوی حقوقی (طبق شرایط عمومی بیمه نامه).

استفاده کنندگان

مشخصات استفاده کنندگان از بیمه نامه در صورت فوت بیمه گذار :

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نسبت با بیمه گذار	درصد
۱				
۲				
۳				
۴	وراث قانونی			

❖ استفاده کنندگان: هر شخص حقیقی که توسط بیمه گذار تعیین و در صورت فوت وی، تعهدات مندرج در بیمه نامه به افراد ذکر شده در بند فوق پرداخت می گردد.

مدت بیمه نامه

بیمه نامه به مدت روز، از ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳ تا ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳ درخواست می گردد.

اینجانب با تکمیل و امضای این پرسشنامه، ضمن تصدیق مندرجات اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سئوالات فوق با صداقت و حسن نیت جواب داده شده است و هرگونه اظهار خلاف واقع و یا کتمان حقیقت، به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن بیمه نامه و از دست دادن مزایای آن خواهد شد، در ضمن بیمه گر یا پزشکان معتمد بیمه گر اجازه دارند اطلاعات مورد نیاز راجع به وضع مزاجی و سلامت متقاضی را کسب نمایند.

تاریخ تکمیل : / / ۱۳

مهر و امضاء شرکت/نماینده گی:

نام و نام خانوادگی و امضاء متقاضی :