



پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان و پیراپزشکان

خانم/آقای:										تاریخ تولد: ۱۳ / /										کدملی:																																							
آدرس پستی:																														کدپستی:																													
تلفن:										همراه:										نمابر:																																							

مخصوص پزشکان	نوع تخصص:	● شماره نظام پزشکی:
	چنانچه به تحصیل اشتغال دارید، توضیح دهید:	
	تعداد تقریبی اعمال جراحی در مدت یکسال:	
	چنانچه تحت مسئولیت تزریقات، جراحیهای کوچک و کمکه های اولیه صورت می گیرد ذکر نمائید:	
	امکانات و کمکه های پزشکی تحت مسئولیت خود را شرح دهید:	
	آیا پوشش بیمه ای انجام اعمال زیبایی در راستای صلاحیت حرفه ای مورد تأیید سازمان نظام پزشکی مورد درخواست است؟ ☐ بلی ☐ خیر	
	آیا پوشش اضافی افزایش مدت مرور زمان (ادعای خسارت) از چهار سال به شش سال مورد درخواست است؟ ☐ بلی ☐ خیر	

مخصوص پیراپزشکان	شماره پرسنلی:	نوع استخدام: ☐ رسمی ☐ قراردادی ☐ روزمزد
	آخرین مدرک تحصیلی:	رشته تحصیلی:
	آیا در حال حاضر به تحصیل اشتغال دارید؟ ☐ بله ☐ خیر	آیا دارای مطب می باشید؟ ☐ بله ☐ خیر

اطلاعات مشترک	نام بیمه گر و شماره بیمه نامه سال قبل را درج نمائید.
	آیا در خصوص مسئولیت حرفه ای شما تاکنون خسارتی مطرح شده است؟ لطفاً شرح دهید.
	آدرس مطب/ بیمارستان: تلفن:

تعهد در خواستی و مدت بیمه	حداکثر تعهد بیمه گر در قبال هر زیان دیده تا مبلغ ریال درخواست می گردد.
	بیمه نامه به مدت روز، از ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۴ تا ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۴ درخواست می گردد.

این پرسشنامه به درخواست اینجانب تکمیل و با امضای آن ضمن تصدیق صحت مندرجات، اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سئوالات فوق با صداقت و حسن نیت جواب داده شده است و در صورت اثبات هر گونه اظهار خلاف واقع و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن مطابق مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه متوجه اینجانب می باشد.

تاریخ تکمیل: نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده: مهر و امضاء نمایندگی:
مهر و امضاء