



پرسشنامه بیمه وقفه در فعالیت پزشکان و پیراپزشکان

شرکت سهامی بیمه ایران

مشخصات متقاضی

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

ارزیابی سلامت متقاضی

آیا تاکنون سابقه بیماری قلبی عروقی داشته اید؟	<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> خیر
آیا تاکنون سابقه سکته مغزی داشته اید؟	<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> خیر
آیا تاکنون سابقه بیماری پیوند اعضا داشته اید؟	<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> خیر
آیا تاکنون سابقه بیماریهای عفونی داشته اید؟	<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> خیر
آیا تاکنون سابقه بیماری هیپاتیت داشته اید؟	<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> خیر
آیا تاکنون سابقه بیماری ام اس داشته اید؟	<input type="radio"/> بله	<input type="radio"/> 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	جراح <input type="checkbox"/>	غیر جراح <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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، هیپاتیت، 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 دعوی 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:

نام و نام خانوادگی و امضاء متقاضی :