



## پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پیرا پزشکان

با توجه به این که تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این برگ تعیین می گردد خواهشمند است به کلیه پرسشها بطور دقیق و کامل پاسخ دهید :

نام و نام خانوادگی : .....

نشانی محل کار : ..... تلفن : .....

نشانی منزل : ..... تلفن : .....

عنوان شغل : .....

آخرین مدرک تحصیلی : ..... رشته تحصیلی : .....

نوع استخدام :  رسمی  غیر رسمی

شماره پرسنلی / استخدام : .....

آیا متقاضی تاکنون توسط مراجع قضائی یا سازمان نظام پزشکی کشور محکوم به پرداخت خسارت ناشی از مسئولیت حرفه ای به بیماران یا

ذوی الحقوق آنان شده است ؟  بلی  خیر

حداکثر پوشش بیمه ای مورد درخواست : ..... ریال

بر اساس این پیشنهاد که از طرف اینجانب بدرستی و منطبق با واقعیت پاسخ داده شده است تقاضای صدور بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پیرا پزشکان را دارم .

مهر و امضاء نمایندگی

نام و امضاء متقاضی

تاریخ : .....