



پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان و پیراپزشکان

										خانم/آقای:										مشخصات
کد ملی										آدرس پستی:										
کد پستی:										تلفن										
نمبر										همراه										

مخصوصی پزشکان	نوع تخصص:	● شماره نظام پزشکی:	
	چنانچه به تحصیل اشتغال دارید، توضیح دهید:	<input type="checkbox"/> انترن هستم	<input type="checkbox"/> رزیدنت هستم
	تعداد تقریبی اعمال جراحی در مدت یکسال:		
	چنانچه تحت مسئولیت تزریقات، جراحیهای کوچک و کمکهای اولیه صورت می گیرد ذکر نمائید:		
	امکانات و کمکهای 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 نیاز است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
آیا پوشش اضافی افزایش مدت مرور زمان (ادعای خسارت) از چهار سال به شش سال مورد نیاز است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			

مخصوصی پیراپزشکان	شماره پرسنلی:	نوع استخدام: <input type="checkbox"/> رسمی <input type="checkbox"/> قراردادی <input type="checkbox"/> روزمزد
	آخرین مدرک تحصیلی:	رشته تحصیلی:
	آیا در حال حاضر به تحصیل اشتغال دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا دارای مطب می باشید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> 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:

نقده در خواستی و مدت بیمه	حداکثر تعهد بیمه گر برای هر زیاندریده و در طول مدت بیمه نامه برای کلیه زیاندریدگان مبلغ ریال درخواست می گردد.
	بیمه نامه به مدت روز، از ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳۹۹ تا ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳۹۹ 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
مهر و امضاء نمایندگی: