



فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پیراپزشکان

شماره سند: FM-LB-30/02

تاریخ:/...../۱۴.....

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

پیشنهاد دهنده (بیمه گذار) محترم، نظر به اینکه مفاد بیمه نامه و تعهدات بیمه گر بر مبنای اطلاعات ارائه شده در این فرم می باشد، خواهشمند است نسبت به ارائه پاسخ صحیح و کامل به تمامی سؤالات، در نهایت حسن نیت اقدام فرمائید.

نام پیشنهاد دهنده (حقیقی ☐ حقوقی ☐):	کد ملی/شناسه ملی:
تاریخ تولد/ثبت:	شماره شناسنامه/ثبت:
نشانی: استان:	شهر:
پلاک/شماره:	خیابان:
کد پستی:	کوچه:
تلفن ثابت (به همراه کد):	دورنگار:
پست الکترونیک/وب سایت:	تلفن همراه:

مشخصات
پیشنهاد دهنده

نوع شغل:	بخش فعالیت:
شماره نظام پیراپزشکی/پرستاری:	سابقه کار:
مدرک تحصیلی:	محل اخذ مدرک:
نشانی دقیق مطب: استان:	شهر:
پلاک/شماره:	خیابان:
کد پستی:	کوچه:
تلفن مطب:	
نشانی دقیق بیمارستان: استان:	شهر:
پلاک/شماره:	خیابان:
کد پستی:	کوچه:
تلفن بیمارستان:	

مشخصات فعالیت حرفه ای

از تاریخ:	تا تاریخ:	به مدت:	روز
-----------------	-----------------	---------------	-----

مدت
بیمه

۱. آیا دارای سابقه بیمه مسئولیت حرفه ای پیراپزشکان می باشید؟ ☐ بلی ☐ خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، نام شرکت بیمه گر قبلی، شماره بیمه نامه و و تاریخ شروع و انقضاء بیمه نامه را ذکر فرمائید.

۲. چنانچه در سالهای گذشته، حادثه ای که منجر به فوت و یا نقص عضو بیماران شما گردیده است و در سازمان نظام پیراپزشکی و یا مراجع قضایی، محکوم به پرداخت غرامت شده اید (به صورت مصالحه و یا محکومیت قطعی)، تعداد و مبلغ هر یک را ذکر فرمائید.

سوابق بیمه ای و خسارت

حداکثر تعهد بیمه ای مورد درخواست در طول مدت بیمه نامه:	ریال می باشد.
--	---------------

تعهدات
درخواستی

تأییدیه پیشنهاد دهنده	شعبه/نماینده/کارگزار
صحت پاسخ های ارائه شده مورد تأیید است. نام، مهر و امضای پیشنهاد دهنده: تاریخ:	مهر و امضاء: تاریخ: