

## فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پیراپزشکان

پیشنهاد	شماره پیشنهاد: .....		تاریخ پیشنهاد: ...../...../.....	
	نام معرف: .....		کد معرف: .....	
مشخصات بیمه‌گذار	بیمه‌گذار: .....		کد ملی: .....	
	سال تولد: ...../...../.....		عنوان شغل: .....	
نشانی	محل صدور: .....		شماره نظام پزشکی / پرستاری: .....	
	مرکز درمانی محل اشتغال: .....		تلفن / دورنگار: .....	
فعالیت حرفه‌ای	چنانچه دارای مطب می‌باشید نشانی دقیق آن را قید کنید. ....			
	<p>۱- چنانچه شما در مطب کمک‌های پزشکی مانند تزریقات، جراحی‌های کوچک و کمک‌های اولیه انجام می‌دهید، ذکر نمایید.</p> <p>۲- خلاصه‌ای از سوابق حرفه‌ای خود را شرح دهید. ....</p>			
سابقه بیمه‌ای و خسارتی	۱- چنانچه سابقه بیمه‌ای دارید، مدت بیمه و شرکت‌های بیمه طرف قرارداد را ذکر نمایید. ....			
	<p>۲- چنانچه در سال‌های گذشته حادثه‌ای که منجر به فوت یا نقص عضو بیماران شما گردیده و در سازمان نظام پزشکی و مراجع قضایی محکوم به پرداخت غرامت شده‌اید، تعداد و مبالغ هر یک را (به صورت مصالحه و یا محکومیت قطعی) ذکر نمایید. ....</p>			
درخواستی تعهدات	نوع پوشش	نقص عضو	فوت	
			در ماه‌های عادی	در ماه‌های حرام
			ریال	ریال
۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه		ریال	ریال	ریال
۲- غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه		ریال	ریال	ریال
مدت بیمه	مدت بیمه درخواستی: ..... روز			
مهر و امضاء بیمه‌گذار	<p>به این وسیله تأیید و گواهی می‌نمایم:</p> <p>۱- کلیه اظهارات فوق مبتنی بر واقعیت بوده و موافقت می‌شود که اساس و مبنای صدور بیمه‌نامه توسط بیمه البرز قرار گیرد.</p> <p>۲- این پرسشنامه جزء لاینفک بیمه‌نامه است و به تنهایی هیچگونه تعهدی را برای شرکت بیمه البرز ایجاد نمی‌نماید.</p> <p>نام / مهر و امضاء بیمه‌گذار</p>			
ملاحظات بیمه‌گر	نام و امضاء			
	مهر و امضاء معرف			