

پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت حرفه ای پزشکان و پیراپزشکان

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

نوع تخصص:												مخصوص پزشکان												
چنانچه به تحصیل اشتغال دارید، مشخص نمائید:																								
<input type="radio"/> انترن هستم						<input type="radio"/> رزیدنت هستم							شماره نظام پزشکی:											
تعداد تقریبی اعمال جراحی در مدت یکسال:													چنانچه تحت مسئولیت شما کمکهای پزشکی مانند تزریقات، جراحیهای کوچک و کمکهای اولیه صورت می گیرد ذکر نمائید:											

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

نام بیمه گر و شماره بیمه نامه سال قبل را درج نمائید.												اطلاعات مشترک
آیا در خصوص حرفه شما تاکنون خسارتی علیه شما مطرح شده است؟ لطفاً شرح دهید.												
آدرس مطب/بیمارستان:												
تلفن:												

حداکثر تعهد بیمه گر در هر حادثه برای خسارات جانی (فوت و نقص عضو) به مبلغ ریال می باشد												مدت بیمه نامه و قهههههه گر
مدت پوشش بیمه ای مورد درخواست: روز از ساعت ۲۴ روز: تا تاریخ ۲۴ روز:												

اینجانب با امضاء این پیشنهاد اعلام می دارم، به کلیه پرسشها و سئوالات فوق با صداقت و حسن نیت جواب داده شده، لذا در صورت اثبات هر گونه اظهار خلاف واقع و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن متوجه اینجانب می باشد.

تاریخ تکمیل: نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده: مهر و امضاء نمایندگی:

مهر و امضاء