



## فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پیراپزشکان

کد مدرک: FO-LB-18/00

شماره: .....

تاریخ: .....

متقاضی گرامی! با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می شود، خواهشمندیم موارد درخواست شده را بصورت کامل، دقیق و خوانا پاسخ داده و هیچ یک را بدون پاسخ یا خط تیره نگذارید. اگر سوالی غیر مرتبط می باشد در مقابل آن علامت ✕ بگذارید.

مشخصات بیمه گذار	نام :	کد ملی :	شماره شناسنامه :
	نام پدر :	تاریخ تولد :	روز ماه سال :
	شماره پرسنلی /استخدام:	نوع حرفه :	پیراپزشک □ دانشجوی پیراپزشکی □
	نوع تخصص :	آخرین مدرک تحصیلی :	رشته تحصیلی :
تلفن همراه:	نام و نشانی مطب :	کد پستی :	تلفن :
	نام و نشانی بیمارستان :	کد پستی :	تلفن :
	نام و نشانی سایر مراکز درمانی :	کد پستی :	تلفن :
	نشانی منزل :	کد پستی :	تلفن :

میزان تعهدات	حداکثر تعهد مورد درخواست در طی دوره بیمه :	ریال .
--------------	--	--------

سایر فعالیت ها و سوابق	لطفا خلاصه ای از مدارج تحصیلی خود را مرقوم فرمایید :		
	لطفا خلاصه ای از سوابق حرفه ای خود را مرقوم فرمایید :		
مدت	چند سال سابقه عدم اعلام خسارت در بیمه مسئولیت حرفه ای پیراپزشکان داشته اید؟ نزد کدام شرکت؟		
	آیا جزء اعضای گروه هایی که دارای تفاهمنامه گروهی با ملت می باشند، هستید؟ شماره تفاهمنامه؟		
	هر کدام از گزینه های زیر منطبق با حرفه شما می باشد علامت بزنید.		
	<input type="checkbox"/> در مطب یا سایر مراکز درمانی تحت مسئولیت من خدماتی مانند تزریقات ، جراحی های کوچک و فوریت های اولیه پزشکی صورت می گیرد.		
	<input type="checkbox"/> مامای دارای مطب مستقل می باشم. <input type="checkbox"/> سوپر وایزر بالینی هستم. <input type="checkbox"/> سوپر وایزر آموزشی هستم.		
<input type="checkbox"/> پرستار شاغل در مطب پزشک می باشم. <input type="checkbox"/> بهیار شاغل در مطب پزشک می باشم .			
آیا حداقل در پنج سال گذشته حادثه ای که منجر به فوت و نقص عضو شده باشد ، رخ داده است ؟ بلی □ خیر □			
از ساعت ۲۴ مورخ	تا ساعت ۲۴ مورخ	به مدت	روز.

اینجانب تعهد می نمایم که به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان و پیراپزشکان می باشد ، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع ، مطابق مقررات رفتار خواهد شد .

**امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.**

نام و امضاء پیشنهاد دهنده:

تاریخ: / / ۱۳

امضاء و مهر نماینده/کارگزار:

آدرس : تهران ، خیابان انقلاب، چهارراه کالج، زیر پل کالج، پلاک ۶۹۷ کد پستی: ۱۵۹۹۶۱۸۱۵ تلفن: ۸۸۹۴۶۰۶۵ دورنگار: داخلی ۱۴۲

[www.melat.ir](http://www.melat.ir)