



پرسش نامه و پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پیراپزشکان

این پرسش نامه و پیشنهاد، اساس انعقاد قرارداد بیمه بوده و بیمه نامه بر اساس اطلاعات مندرج در آن صادر می گردد، بنابراین لازم است در تکمیل آن دقت کافی بعمل آید.

نام متقاضی (بیمه گذار): کد ملی:

نشانی منزل: کد پستی:

تلفن: دورنگار: نشانی الکترونیکی:

عنوان کامل شغلی:

بخش مربوطه:

مدارج تحصیلی و نام دانشگاه:

سوابق حرفه ای:

نشانی بیمارستان/مرکز درمانی محل اشتغال:

تلفن: دورنگار:

آیا علاوه بر مرکز درمانی فوق در مطب نیز اشتغال دارید؟ خیر بله

نشانی مطب:

تلفن: دورنگار:

شرح فعالیت متقاضی:

مدت بیمه: از ساعت ۲۴ روز: الی ساعت ۲۴ روز:

مبلغ تعهد مورد درخواست به ریال:

آیا قبلاً بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پیراپزشکان داشته اید؟ خیر بلی نام شرکت بیمه:

آیا تا کنون بابت مسئولیت حرفه ای شما در مراجع ذی صلاح قانونی (نظام پزشکی و یا قضایی) شکایتی صورت گرفته است؟ خیر بلی

آیا تا کنون محکوم به جبران خسارت بابت قصور در انجام مسئولیت حرفه ای خود شده اید؟ خیر بله

اعتبار این پیشنهاد منوط به صدور بیمه نامه می باشد و این ورقه به تنهایی موجد هیچ گونه حقی برای بیمه گذار و یا منشاء هیچ گونه تعهدی برای بیمه گر نخواهد بود و در صورت وجود اختلاف در متن بیمه نامه و این پیشنهاد، بیمه نامه حاکمیت خواهد داشت.

امضاء:

نام بیمه گذار:

مهر و امضاء نماینده/کارگزار:

نماینده / کارگزار:

بازاریاب: