

پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پیرا پزشکان

۱. اطلاعات فردی بیمه گذار :

نام:	نام خانوادگی :	تاریخ تولد :	کد ملی:
جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	تلفن همراه :	پست الکترونیکی:	
استان:	شهر:	دهستان :	کد پستی :
نشانی منزل :		تلفن منزل:	
مدت بیمه :	تاریخ شروع از ساعت ۲۴ روز :	تاریخ انقضاء تا ساعت ۲۴ روز :	

۲. اطلاعات شغلی بیمه گذار :

وضعیت تحصیلی : دانشجوی رشته :	فارغ التحصیل رشته :
تخصص :	
نشانی :	
• بیمارستان :	
• مطب :	
در صورت سوپروایزر بودن بخش یا بخش های مربوطه را اعلام فرمایید: بالینی: <input type="checkbox"/> آموزشی: <input type="checkbox"/> سایر: <input type="checkbox"/> با ذکر نام بخش :	
محدوده فعالیت ماما/ پرستار/ بهیار : بیمارستان: <input type="checkbox"/> مطب: <input type="checkbox"/> سایر: <input type="checkbox"/>	
سابقه بیمه ای : بلی: <input type="checkbox"/> خیر: <input type="checkbox"/>	
نام شرکت بیمه :	شماره بیمه نامه :
آیادرحرفه شما تاکنون ادعای خسارتی (توسط مراجع قضایی، سازمان نظام پزشکی و یا ذوی الحقوق) علیه شما مطرح شده است: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
در صورت پاسخ مثبت لطفاً تعداد، نوع حادثه (فوت یا نقص عضو) و مبالغ پرداختی را ذکر فرمایید:	

۳. حدود تعهدات بیمه گر :

ریال	حداکثر تعهد بیمه گر (در هر حادثه)
ریال	حداکثر تعهد بیمه گر (در طول مدت بیمه)

بدینوسیله تایید و گواهی می شود کلیه اظهارات فوق منطبق با واقعیت است و موافقت می گردد مطالب آن اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

این پرسشنامه و پیشنهاد به تنهایی هیچگونه تعهدی را برای شرکت بیمه دانا ایجاد نمی نماید.

مهروامضاء بیمه گذار:

تاریخ تکمیل:

نشانی واحد صدور:

تلفن واحد صدور:

شعبه / شرکت خدمات بیمه ای / نمایندگی / کارگزاری :