



تاریخ .....

شماره .....

پیوست .....

## پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسوولیت حرفه‌ای پیرا پزشکان

در راستای امنیت حرفه‌ای پرستاران، بهیاران، کمک بهیاران، تکنیسینهای اتاق عمل، سوپروایزرها، تکنیسینهای بیهوشی، نوارنگاری و استریلیزاسیون شاغل در مراکز پزشکی و درمانی کشور، شرکت سهامی بیمه ایران طرح "بیمه‌نامه مسوولیت حرفه‌ای پیرا پزشکان" را تهیه و عرضه نموده است.

دارندگان مشاغل فوق می‌توانند فرم ذیل را تکمیل و جهت دریافت بیمه‌نامه به نزدیکترین نمایندگی یا شعبه شرکت سهامی بیمه ایران در سراسر کشور مراجعه فرمایند.

نام متقاضی:

عنوان شغل:

آخرین مدرک تحصیلی:

رشته تحصیلی:

نوع استخدام: رسمی  غیر رسمی 

شماره پرسنلی / استخدام:

نشانی محل کار:

تلفن:

آیا متقاضی تاکنون توسط مراجع قضایی یا سازمان نظام پزشکی کشور محکوم به پرداخت خسارت ناشی از مسوولیت حرفه‌ای به بیماران یا ذوی‌الحقوق آنان شده است؟ بلی  خیر

لطفاً، تعداد و مبالغ پرداختی را ذکر فرمائید:

ریال

حداکثر پوشش بیمه‌ای مورد تقاضا در قبال هر نفر (بیمار):

بدینوسیله تأیید و گواهی می‌شود کلیه اظهارات فوق منطبق با واقعیت است و موافقت می‌گردد مطالب آن اساس صدور بیمه‌نامه توسط بیمه‌گر قرار گیرد.

نام و امضاء متقاضی

تاریخ تکمیل: