

## پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت حرفه ای پزشکان و پیراپزشکان

WWW.۶۲۶۷.IR

نماینده ایزدی کد ۶۲۶۷

کد ملی										آقای/خانم: .....									
نامبر										همراه									
تلفن: .....										آدرس پستی متقاضی: .....									
کد پستی										کد پستی									

مشخصات متقاضی

نوع تخصص: .....										چنانچه به تحصیل اشتغال دارید، مشخص نمائید:									
شماره نظام پزشکی: .....										شماره نظام پزشکی: .....									
چنانچه تحت مسئولیت شما کمکهای پزشکی مانند تزریقات، جراحیهای کوچک و کمکهای اولیه صورت می گیرد ذکر نمائید: .....										تعداد تقریبی اعمال جراحی در مدت یکسال: .....									

مخصوص پزشکان

شماره پرسنلی: .....										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									

مخصوص پیراپزشکان

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

اطلاعات مشترک

حداکثر تعهد بیمه گر در هر حادثه برای خسارات جانی ( فوت و نقص عضو) به مبلغ <input type="text" value="ریال"/> ریال می باشد									
مدت پوشش بیمه ای مورد درخواست: ..... روز از ساعت ۲۴ روز: ..... تا تاریخ ۲۴ روز: .....									

تهدیدیه گر و مدت بیمه نامه

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 نماینده: .....										مهر و امضاء									