

پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پیرا پزشکان

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار : شماره ملی : شماره نظام پرستاری : محل صدور : آخرین مدرک تحصیلی : رشته تحصیلی : نشانی بیمه گذار : نام و کد نمایندگی/شعبه / معرف :
	تاریخ تولد : تلفن همراه : نامبر: تلفن :
مدت	مدت بیمه : روز/سال تاریخ شروع بیمه نامه : تاریخ پایان بیمه نامه :
نوع فعالیت و تخصص	نوع تخصص (حرفه شغلی) : شاغل در بخش : تعداد تقریبی اعمال جراحی انجام شده در مدت یک سال : آیا در حال حاضر دانشجوی پیراپزشکی می باشید ؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> در صورتی که هرگونه کمک‌های پزشکی خارج از تخصص خود (با مدرک و مجوز آموزشی معتبر) تحت مسئولیت جنابعالی انجام می‌گیرد را ذکر نمایید. آیا بیمه گذار خارج از مراکز درمانی / مطب به فعالیت های درمانی دیگری مشغول می باشد ؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> (توضیح مختصر) نشانی مطب : نشانی مراکز درمانی : تلفن : تلفن :
سوابق بیمه ای و خسارتی	۱- در صورت داشتن سابقه بیمه ای در سال قبل موارد زیر را تکمیل نمایید : نام شرکت : شماره بیمه نامه : تاریخ پایان بیمه نامه : ۲- چنانچه در سال‌های گذشته حادثه‌ای که منجر به فوت یا نقص عضو بیماران شما گردیده و در سازمان نظام پزشکی و مراجع قضایی محکوم به پرداخت غرامت شده‌اید ، تعداد و مبالغ هر یک را (به صورت مصالحه و یا محکومیت قطعی) ذکر نمایید
تعهدات بیمه گر	حداکثر تعهد بیمه گر برای هر بیمار در هر حادثه : ریال
تأییدیه بیمه گذار	بدین وسیله اعلام میدارد که اظهارات فوق الذکر بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه مسئولیت حرفه ای پیراپزشکان شرکت بیمه کوثر تنظیم گردیده و همچنین موافقت می‌گردد این پرسشنامه ، مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد . نام ، امضاء و مهر بیمه گذار مهر ، امضاء و کد نمایندگی / شعبه / معرف تاریخ تکمیل پرسشنامه