



# فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پیراپزشکان

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان

پانزدهم، پلاک ۲.

تلفن: ۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱، نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

## الف: مشخصات عمومی

۱- اطلاعات فردی بیمه گذار :  
نام و نام خانوادگی ..... شماره ملی : ..... نام کارگزار یا نماینده و کد : .....

۲- نشانی دقیق و کد پستی بیمه گذار (محل سکونت) : .....  
تلفن منزل : ..... تلفن همراه : .....

۳- تعداد حوادث در پنج سال گذشته و شرح نوع حوادث :

ردیف	سال حادثه	تعداد حادثه	نوع حادثه (فوت و نقص عضو)	علت	درصد تقصیر	میزان خسارت (ریال)

۴- شماره بیمه نامه / بیمه نامه های سنوات قبل : ..... نام بیمه گر/بیمه گران قبلی .....

## ب: مشخصات شغلی

**مشخصات**

✓ تخصص یا عنوان شغلی پیراپزشک : .....

✓ شاغل در بخش ..... شماره نظام پزشکی / پرستاری : .....

✓ وضعیت تحصیلی : دانشجوی رشته ..... فارغ التحصیل رشته .....

✓ در صورت سوپر وایزر بودن ، بخش یا بخش های مربوطه اعلام گردد :  
 بالینی  آموزشی  سایر (با ذکر نام بخش) .....

✓ محدوده فعالیت گروه های شغلی : ماما ، پرستار و بهیار  
 بیمارستان  مطب  هر دو  سایر مراکز .....

**نام و نشانی و تلفن محل کار**

✓ بیمارستان : .....

✓ مطب : .....

## ج: مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

مدت زمان بیمه: ..... روز/ شروع بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ ..... تاریخ بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ .....

ریال	گرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه (حداقل تعهد قابل ارائه یک دیه ماه حرام می باشد)
ریال	گرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)

## د: تأییدیه بیمه گذار

بدینوسیله گواهی می نماید که اظهارات فوق منطبق با واقعیت بوده و صحت آن را تأیید می نمایم و موافقم که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.  
 تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد ..... نام و امضاء بیمه گذار .....

واحد صدور (شعبه/نماینده):  
 تاریخ دریافت فرم پیشنهاد ..... امضاء و مهر واحد صدور.....