



فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی پیراپزشکان

شماره سند: FM-LI-30/01
 تاریخ: ۱۳۹۶ / /
 پیوست:
 صفحه: ۱ از ۱

از شرکت بیمه آرمان (سهامی عام) درخواست می گردد بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پیراپزشکان را بر اساس مندرجات این پیشنهاد به مدت روز از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ صادر نماید.

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار: شماره ملی: سال تولد: محل صدور:
	نام پدر: شماره شناسنامه:
	نوع تخصص: <input type="checkbox"/> دانشجوی پیرا پزشکی <input type="checkbox"/> پرستار <input type="checkbox"/> بهیار <input type="checkbox"/> ماما <input type="checkbox"/> سوپروایزر <input type="checkbox"/> کارشناس مشاور روانشناسی <input type="checkbox"/> سایر:
	عنوان کامل شغل و بخش مربوطه: شماره نظام پرستاری: مدرک تحصیلی:
	آدرس بیمارستان: تلفن:
	آدرس مطب: تلفن:
	آدرس منزل: تلفن: آدرس سایر مراکز درمانی: تلفن: نشانی الکترونیکی: تلفن همراه:

سایر فعالیت ها و سوابق بیمه گذار	در صورتی که هر کدام از گزینه های ذیل، مطابق با نوع حرفه شما بوده و در مطب یا سایر مراکز درمانی تحت مسئولیت شما این نوع خدمات انجام می گیرد، لطفاً مشخص بفرمایید: تزریقات <input type="checkbox"/> فوریت های اولیه پزشکی <input type="checkbox"/> سایر موارد: مامای دارای مطب مستقل می باشم <input type="checkbox"/> بهیار شاغل در مطب مستقل می باشم <input type="checkbox"/> پرستار شاغل در مطب مستقل می باشم <input type="checkbox"/> سوپروایزر بالینی می باشم <input type="checkbox"/> سوپروایزر آموزشی می باشم <input type="checkbox"/> خواهشمند است خلاصه ای از مدارج تحصیلی، سوابق حرفه ای و شرح وظایف خود را مرقوم بفرمایید:
	بیمه نامه تمدیدی است یا خیر؟ (نزد کدام شرکت): شماره بیمه نامه سال قبل: آیا دارای سابقه خسارت می باشید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر در صورت سابقه خسارت، تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت، نقص عضو یا هزینه درمان صدمات جسمی یا روانی گردیده است: فوت: نفر طی: حادثه نقص عضو: نفر طی: حادثه هزینه پزشکی: نفر طی: حادثه در صورت عدم سابقه خسارت، دارای چند سال تخفیف در بیمه نامه خود می باشید؟

تفہات	نظر به اینکه میزان غرامت مورد درخواست در دو قسمت (الف: سرمایه ثابت با درج مبلغ درخواستی) یا (ب: دیه سال جاری) تعیین شده است، لذا تقاضا می گردد یکی از دو حالت مورد اشاره را در بیمه نامه انتخاب نمایید: الف- سرمایه ثابت به مبلغ: ریال ب- دیه سال جاری به مبلغ: ریال
	نام شعبه / نمایندگی / کارگزاری: کد: واحد صدور:

مشخصات واحد	آیا بیمه گذار عضو گروه هایی می باشد که دارای تفاهمنامه گروهی نزد بیمه آرمان می باشند، است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر در صورت اعلام نظر مثبت، شماره تفاهم نامه را مرقوم بفرمایید:
--------------------	---

اینجانب تعهد می نمایم که:

۱- به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پیراپزشکان می باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه نامه صادره، مسئول جبران خسارت خواهد بود.

۲- کلیه قوانین مربوط به مبارزه با پولشویی را رعایت نمایم.

نام / مهر و امضاء بیمه گذار: مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری: