

پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان

متقاضی محترم با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می گردد. خواهشمند است به کلیه پرسشهای مطروحه زیر بطور دقیق و کامل پاسخ دهید.

نام و کد معرف :	
۱- مشخصات متقاضی	
۱/۱- نام و نام خانوادگی پزشک :	
۱/۲- کد ملی :	۱/۳- شماره شناسنامه :
۱/۴- نام پدر :	۱/۵- تاریخ تولد :
۱/۶- محل صدور :	۱/۷- مدرک تحصیلی و سابقه کاری :
۱/۸- نوع تخصص :	۱/۹- شماره نظام پزشکی :
۱/۱۰- نشانی :	
تلفن ثابت :	تلفن همراه :
نمبر :	کد پستی :
۲- نشانی مراکز درمانی محل اشتغال	
۲/۱- نشانی مطب :	
تلفن :	کد پستی :
۲/۲- نشانی بیمارستان :	
تلفن :	کد پستی :
۲/۳- نشانی سایر مراکز درمانی محل اشتغال :	
تلفن :	کد پستی :
۲/۴- در صورتیکه تحت مسئولیت شما تزییقات ، جراحیهای کوچک و کمکههای اولیه صورت میگیرد لطفاً نام ببرید.	
۳- سوابق بیمه ای	
۳/۱- چنانچه تا کنون سابقه بیمه ای داشته اید مدت و نام شرکت بیمه را ذکر نمایید .	
۳/۲- آیا در خصوص حرفه ی شما تا کنون ادعای خسارتی علیه شما مطرح شده است ؟ در صورتیکه پاسخ مثبت می باشد شرح دهید.	
۴- مدت و میزان تعهد مورد درخواست :	
۴/۱- میزان پوشش بیمه ای مورد درخواست در طول یکسال ریال	
۴/۲- مدت زمان پوشش بیمه ای مورد درخواست ماه می باشد.	
اینجانب بدینوسیله اعلام میدارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است . همچنین موافقت می شود که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.	
تاریخ :	نام و امضای متقاضی :
	مهر و امضای نماینده :
امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.	