

پیشنهاد بیمه مسئولیت حرفه ای پیراپزشکان

با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه براساس اظهارات مندرج در این برگ تعیین میگردد خواهشمند است به کلیه پرسشها بطور دقیق و کامل پاسخ دهید:

۱- نام و نام خانوادگی پیراپزشک :

۲- عنوان شغل :

۳- آخرین مدرک تحصیلی : رشته تحصیلی :

۴- نوع استخدام: رسمی غیررسمی شماره پرسنلی / استخدام:

۵- میزان پوشش بیمه ای مورد درخواست : ریال.

۶- آیا در خصوص حرفه شما تاکنون ادعای خسارتی علیه شما مطرح شده است؟ در صورتیکه پاسخ مثبت می باشد شرح دهید.

۷- آدرس:

- نشانی مطب: تلفن:

- نشانی بیمارستان: تلفن:

- نشانی منزل: تلفن:

۸- توضیحات اضافی :

بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد صحیح بوده و هیچ گونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است. همچنین موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.

نام و امضاء پیشنهاد دهنده:

تاریخ: / / ۱۳