


شماره سند: PI-FO-11 شماره بازنگری: 01	شرکت کارگزاری بیمه سایپا پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت حرفه ای پیراپزشکان	
--	--	---

در راستای اهمیت حرفه ای پرستاران ، بهیاران ، کمک بهیاران ، تکنسینهای اتاق عمل ، سوپروایزرها، تکنسینهای بیهوشی ، نوارنگاری و استریلیزاسیون شاغل در مراکز پزشکی و درمانی کشور، بیمه نامه مسئولیت حرفه ای پیراپزشکان ارائه میگردد.

کدملی/شناسه ملی: _____ کد اقتصادی: _____ کد پستی: _____ نشانی محل کار: _____ تلفن: _____ کد پستی: _____ نشانی محل سکونت: _____ تلفن: _____ کد پستی: _____	۱- بیمه گذار: ۲- عنوان شغل: ۳- آخرین مدرک تحصیلی: ۴- رشته تحصیلی: ۵- نوع استخدام: رسمی / غیر رسمی ۶- شماره پرسنلی / استخدام: ۷- آدرس : ۸- آیا متقاضی تاکنون توسط مراجع قضایی یا سازمان نظام پزشکی کشور محکوم به پرداخت خسارت ناشی از مسئولیت حرفه ای به بیماران یا ذوی الحقوق آنان شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر لطفاً، تعداد و مبالغ پرداختی را ذکر فرمائید:
---	---

بیمه گر مورد نظر (با توجه به شرکتهای ذکر شده در ذیل صفحه انتخاب گردد): ریال _____ ریال _____	حداکثر پوشش بیمه ای مورد تقاضا در قبال هرنفر (بیمار): حداکثر تعهد بیمه گر در طول مدت بیمه نامه :
--	---

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.

تاریخ: _____ / _____ / ۱۳ _____ نام و امضاء پیشنهاد دهنده:

