



بیمه ایران

تاریخ

شماره

پیوست

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسوولیت حرفه‌ای پیرا پزشکان

در راستای امنیت حرفه‌ای پرستاران، بهیاران، کمک بهیاران، تکنیسینهای اتاق عمل، سوپروایزرها، تکنیسینهای بیهوشی، نوآرنگاری و استریلیزاسیون شاغل در مراکز پزشکی و درمانی کشور، شرکت سهامی بیمه ایران طرح "بیمه‌نامه مسوولیت حرفه‌ای پیراپزشکان" را تهیه و عرضه نموده است. دارندگان مشاغل فوق می‌توانند فرم ذیل را تکمیل و جهت دریافت بیمه‌نامه به نزدیکترین نمایندگی یا شعبه شرکت سهامی بیمه ایران در سراسر کشور مراجعه فرمایند.

عنوان شغل:

نام متقاضی:

رشته تحصیلی:

آخرین مدرک تحصیلی:

شماره پرسنلی / استخدام:

نوع استخدام: رسمی ☐ غیر رسمی ☐

تلفن:

نشانی محل کار:

آیا متقاضی تاکنون توسط مراجع قضایی یا سازمان نظام پزشکی کشور محکوم به پرداخت خسارت ناشی از مسوولیت حرفه‌ای به بیماران یا ذوی‌الحقوق آنان شده است؟ بلی ☐ خیر ☐
لطفاً، تعداد و مبالغ پرداختی را ذکر فرمائید:

ریال

حداکثر پوشش بیمه‌ای مورد تقاضا در قبال هر نفر (بیمار):

بدینوسیله تأیید و گواهی می‌شود کلیه اظهارات فوق منطبق با واقعیت است و موافقت می‌گردد مطالب آن اساس صدور بیمه‌نامه توسط بیمه‌گر قرار گیرد.

نام و امضاء متقاضی

تاریخ تکمیل:



بیمه ایران

تاریخ
شماره
پیوست

بیمه نامه مسوولیت حرفه‌ای پیرا پزشکان

شماره بیمه‌نامه: نمایندگی: کد:

شرکت سهامی بیمه ایران به موجب پیشنهاد شماره مورخ بیمه‌گذار مسوولیت حرفه‌ای بیمه‌گذار را با رعایت قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و قانون مسوولیت مدنی سال ۱۳۳۹ و کلیه شرایط و مندرجات این بیمه‌نامه، بیمه می‌نماید.

بیمه‌گذار (آقا/خانم): عنوان شغل:
نشانی محل کار: تلفن: دورنگار:

موضوع بیمه: مسوولیت حرفه‌ای بیمه‌گذار در مورد جبران خسارتهای بدنی وارد به بیماران (موضوع ماده یک شرایط عمومی)

حدود تعهدات بیمه‌گر
حداکثر مسوولیت بیمه‌گر در مورد هر بیمار : ریال

مدت بیمه: از ساعت ۲۴ روز الی ساعت ۲۴ روز

حق بیمه : ریال سهم آموزش و پرورش: ریال

تاریخ صدور:

شرکت سهامی بیمه ایران

نشانی بیمه‌گر:

فکس:

تلفن: