

پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان

مشخصات بیمه گذار	<p>نام بیمه گذار : شماره شناسنامه : شماره ملی : تاریخ تولد :</p> <p>محل صدور : تلفن همراه : نامبر : شماره نظام پزشکی :</p> <p>نشانی بیمه گذار : تلفن :</p> <p>نام و کد نمایندگی / شعبه / معرف :</p>
مدت	<p>مدت بیمه : روز / سال تاریخ شروع بیمه نامه : تاریخ پایان بیمه نامه :</p>
نوع فعالیت و تخصص	<p>نوع تخصص (حرفه شغلی) :</p> <p>- تعداد تقریبی اعمال جراحی انجام شده در مدت یک سال :</p> <p>- آیا در حال حاضر دانشجوی پزشکی می باشید ؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p>- در صورتی که هرگونه کمک‌های پزشکی خارج از تخصص خود (با مدرک و مجوز آموزشی معتبر) تحت مسئولیت جنابعالی انجام می‌گیرد را ذکر نمایید.</p> <p>- آیا بیمه گذار خارج از مراکز درمانی / مطب به فعالیت های درمانی دیگری مشغول می باشد ؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> (توضیح مختصر)</p> <p>نشانی مطب : تلفن :</p> <p>نشانی مراکز درمانی : تلفن :</p>
سوابق بیمه ای و خسارتی	<p>۱- در صورت داشتن سابقه بیمه ای در سال قبل موارد زیر را تکمیل نمایید : نام شرکت : شماره بیمه نامه : تاریخ پایان بیمه نامه :</p> <p>۲- چنانچه در سال‌های گذشته حادثه‌ای که منجر به فوت یا نقص عضو بیماران شما گردیده و در سازمان نظام پزشکی و مراجع قضایی محکوم به پرداخت غرامت شده‌اید ، تعداد و مبالغ هر یک را (به صورت مصالحه و یا محکومیت قطعی) ذکر نمایید</p>
تبعات بیمه گر	<p>حداکثر تعهد بیمه گر برای هر بیمار در هر حادثه : ریال</p>
تأییدیه بیمه گذار	<p>بدین وسیله اعلام میدارد که اظهارات فوق الذکر بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه مسئولیت حرفه ای پزشکان شرکت بیمه کوثر تنظیم گردیده و همچنین موافقت می‌گردد این پرسشنامه ، مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد .</p> <p>نام ، امضاء و مهر بیمه گذار تاریخ تکمیل پرسشنامه</p> <p>مهر ، امضاء و کد نمایندگی / شعبه / معرف</p>