



شرکت سهامی بیمه ایران

پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت حرفه ای پزشکان و پیراپزشکان

شرکت خدمات بیمه ای پاریسیان امین آرکا

آقای / خانم :	کد ملی * :
نام پدر :	تاریخ تولد * : / /
همراه * :	تلفن :
آدرس :	

مشخصات متقاضی

نوع تخصص : شماره نظام پزشکی * :

چنانچه به تحصیل اشتغال دارید مشخص نمایید : انترن هشتم رزیدنت هشتم

چنانچه تحت مسئولیت شما کمک های پزشکی مانند تزریقات ، جراحی های کوچک ، و کمک های اولیه صورت میگیرد ذکر نمایید : آیا اعمال زیبایی انجام میدهید: خیر بله

افزایش مرور زمان (ادعای خسارت) از چهار سال به شش سال : خیر بله

آخرین مدرک تحصیلی : بیمارستان : تعهد درخواستی (دیه) :

مخصوص پزشکان

تخصص : نوع استخدام : رسمی قراردادی شرکتی

مدرک تحصیلی : رشته تحصیلی :

آیا در حال حاضر به تحصیل اشتغال دارید : خیر بله

آیا دارای مطب می باشید : خیر بله بیمارستان : بخش :

مخصوص پیراپزشکان

اینجانب با امضاء این پیشنهاد اعلام می دارم ، به کلیه پرسشها و سوالات فوق با صداقت و حسن نیت جواب داده شده ، لذا در صورت اثبات هر گونه اظهار خلاف واقع و یا کتمان حقیقت ، مسئولیت آن متوجه اینجانب می باشد .

* تکمیل کلیه اطلاعات فرم نسبت به رشته شغلی جهت صدور بیمه نامه الزامی میباشد*

نام و نام خانوادگی مسئول

مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده

مهر و امضاء

تاریخ تکمیل :