

● تهران، خیابان آیت اله طالقانی، حدفاصل خیابان  
ولیعصر و خیابان حافظ، ساختمان شماره ۴۰۴  
● تلفن: ۱۳ و ۶۶۴۰۹۹۱۲  
● فاکس: ۶۶۹۷۷۲۰۶  
● کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

## پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

## حرفه ای پیراپزشکان



بیمه آسیا

« سهامی عام »

www.BimehAsia.ir

Email: Masouliat@BimehAsia.ir

از شرکت بیمه آسیا (سهامی عام) درخواست می گردد بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پیراپزشکان را بر اساس مندرجات این پیشنهاد به مدت ..... روز  
از ساعت ۲۴ مورخ ..... تا ساعت ۲۴ مورخ ..... صادر نماید.

نام بیمه گذار: ..... شماره ملی: .....  
سال تولد: ..... محل صدور: ..... نام پدر: ..... شماره شناسنامه: .....  
نوع شغل:  پیراپزشک  دانشجوی پیراپزشکی  پرستار  بهیار  ماما  سوپروایزر  کارشناس مشاور روانشناسی  سایر: .....  
عنوان کامل شغل و بخش مربوطه: .....  
شماره نظام پرستاری: ..... مدرک تحصیلی: .....  
آدرس بیمارستان: ..... تلفن: .....  
آدرس مطب: ..... تلفن: .....  
آدرس منزل: ..... تلفن: .....  
آدرس سایر مراکز درمانی: ..... تلفن: .....  
نشانی الکترونیکی: ..... تلفن همراه: .....

مشخصات بیمه گذار

در صورتی که هر کدام از گزینه های ذیل، مطابق با نوع حرفه شما بوده و در مطب یا سایر مراکز درمانی تحت مسئولیت شما، این نوع خدمات انجام  
می گیرد، لطفاً مشخص بفرمائید:  تزییقات  فوریت های اولیه پزشکی  سایر موارد: .....  
 مامای دارای مطب مستقل می باشم.  بهیار شاغل در مطب مستقل می باشم.  پرستار شاغل در مطب مستقل می باشم.  
 سوپروایزر بالینی می باشم.  سوپروایزر آموزشی می باشم.  
خواهشمند است خلاصه ای از مدارج تحصیلی، سوابق حرفه ای و شرح وظایف خود را مرقوم بفرمائید: .....  
بیمه نامه تمدیدی است یا خیر؟ (نزد کدام شرکت): ..... شماره بیمه نامه سال قبل: .....  
آیا داری سابقه خسارت می باشی؟  بلی  خیر  
در صورت وجود سابقه خسارت، تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت، نقص عضو یا هزینه درمان صدمات جسمی یا روانی گردیده است:  
فوت: ..... نفر طی ..... حادثه ..... نقص عضو: ..... نفر طی ..... حادثه ..... هزینه پزشکی: ..... نفر طی ..... حادثه  
در صورت عدم سابقه خسارت، دارای چند سال تخفیف در بیمه نامه خود می باشید؟ .....

سایر فعالیت ها و سوابق بیمه گذار

نظر به اینکه میزان غرامت مورد درخواست در دو قسمت (الف: سرمایه ثابت با درج مبلغ درخواستی) یا (ب: دیه سال جاری) تعبیه شده است، لذا  
تقاضا می گردد یکی از دو حالت مورد اشاره را در بیمه نامه انتخاب نمائید:  
 الف - سرمایه ثابت به مبلغ: ..... ریال  ب - دیه سال جاری به مبلغ: ..... ریال

تیمهات

نام شعبه / نمایندگی / کارگزاری: ..... کد: ..... واحد صدور: .....  
آیا بیمه گذار عضو گروه هایی که دارای تفاهمنامه گروهی نزد بیمه آسیا می باشند، است؟  بلی  خیر  
در صورت اعلام نظر مثبت، شماره تفاهمنامه را مرقوم بفرمائید: .....

مشخصات واحد صدور

اینجانب ..... تعهد می نمایم که:  
۱. به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پیراپزشکان می باشد،  
در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه نامه صادره، مسئول جبران خسارت خواهد بود.  
۲. کلیه قوانین مربوط به مبارزه با پولشویی را رعایت نمایم.  
نام / مهر و امضاء بیمه گذار: ..... مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری: .....