



پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای رادیولوژیست ها

متقاضی محترم با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می گردد خواهشمند است به کلیه پرسشنامه های مطروحه زیر بطور دقیق و کامل پاسخ دهید .

۱ - مشخصات متقاضی	
۱/۱- نام و نام خانوادگی رادیولوژیست :	
۱/۲- کد ملی:	۱/۳- نام پدر :
۱/۴- محل صدور :	۱/۵- شماره نظام پزشکی :
۱/۶- نشانی بیمه گذار:	
تلفن ثابت :	تلفن همراه
نمابر:	کد پستی
۲ : نشانی مراکز درمانی محل اشتغال:	
۲/۱- نشانی مطب :	
تلفن :	کد پستی :
۲/۲- نشانی بیمارستان :	
تلفن :	کد پستی :
۲/۳- نشانی سایر مراکز درمانی محل اشتغال :	
تلفن :	کد پستی :
۲/۴- در صورتیکه تحت مسئولیت شما تزیقات ، جراحی های کوچک و کمک های اولیه صورت می گیرد لطفاً نام ببرید :	
۳: سوابق بیمه ای	
۳/۱- آیا در حال حاضر نزد شرکت بیمه دیگری تحت پوشش بیمه فوق الذکر قرار دارید ؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت و مدت اعتبار بیمه نامه را ذکر نمایید :	
۳/۲- چنانچه در گذشته سابقه بیمه ای داشته اید مدت و نام شرکت بیمه گر را ذکر نمایید :	
۳/۳- آیا در خصوص حرفه ی شما تا کنون ادعای خسارتی علیه شما مطرح شده است ؟ در صورتیکه پاسخ مثبت می باشد، شرح دهید .	
اینجانببدینوسیله اعلام میدارم که اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و از اظهار هرگونه مطالب خلاف واقع و یا کتمان نکات موثر خودداری شده است .همچنین موافقت می شود که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرارگیرد و تعهد می نمایم نسبت به پرداخت به موقع حق بیمه مربوطه اقدام گردد .	
تاریخ :...../...../.....	نام و امضای متقاضی :
	مهر و امضای نماینده:
این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد .	