

فرم پیشنهاد بیمه نامه وقفه در فعالیت پزشکان و پیراپزشکان

بیمه گذار محترم از آنجایی که این بیمه نامه بر اساس مندرجات این پیشنهاد صادر خواهد شد خواهشمند است آن را با دقت مطالعه و تکمیل بفرمایید

*مشخصات بیمه گذار:

نام و نام خانوادگی:	کد نظام پزشکی / پرستاری	نوع تخصص:
کد ملی:	تاریخ تولد: روز ماه سال	
کد پستی:	تلفن ثابت:	تلفن همراه:
آدرس محل سکونت:		
آدرس مطب / محل کار:		

*مشخصات بیمه نامه:

تاریخ تکمیل پرسشنامه:	تاریخ شروع بیمه نامه از ساعت ۲۴ مورخ
	تا ساعت ۲۴ مورخ
شماره بیمه نامه سال قبل:	

پرسش سلامت:

۱. آیا تا کنون سابقه بیماری عروقی، قلبی داشته اید؟ بلی خیر
۲. آیا تا کنون سابقه بیماری سکنه مغزی داشته اید؟ بلی خیر
۳. آیا تا کنون سابقه بیماری پیوند اعضا داشته اید؟ بلی خیر
۴. آیا تا کنون سابقه بیماری ایدز داشته اید؟ بلی خیر
۵. آیا تا کنون سابقه بیماری بیمارهای عفونی داشته اید؟ بلی خیر
۶. آیا تا کنون سابقه بیماری هیپاتیت داشته اید؟ بلی خیر
۷. آیا تا کنون سابقه بیماری ام اس داشته اید؟ بلی خیر

گروه های تخصص، تعهدات (ضریب حقوق) و مدت سال های درآمد مورد انتظار:

پرستاران، ماماها تکنسین ها، بهیاران <input type="radio"/>	دندانپزشکان و پزشکان عمومی <input type="radio"/>	پزشکان متخصص و فوق تخصص غیر جراح <input type="radio"/>	دندانپزشکان و پزشکان متخصص و فوق تخصص جراح <input type="radio"/>	گروه تخصص
۱ الی ۳ برابر حداقل حقوق قانون کار برابر	۱ الی ۱۰ برابر حداقل حقوق قانون کار برابر	۱ الی ۱۵ برابر حداقل حقوق قانون کار برابر	۱ الی ۲۰ برابر حداقل حقوق قانون کار برابر	تعهدات مورد درخواست (ضریب حقوق)
۱ الی ۱۰ سال سال	۱ الی ۱۰ سال سال	۱ الی ۱۰ سال سال	۱ الی ۱۰ سال سال	مدت سال های درآمد مورد انتظار

*در صورتی که میزان تعهدات مورد درخواست بیش از ۳۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال باشد صدور بیمه نامه منوط به تایید و اظهار نظر پزشک معتمد بیمه گر می باشد.

* مدت اعتبار بیمه نامه یکسال بوده و بیمه گذار می تواند در صورت تمایل هر سال بیمه نامه را تمدید نماید.

* خطرات تحت پوشش این بیمه نامه صرفاً برای افرادی که سن آنها در زمان صدور بیمه نامه حداکثر ۶۰ سال تمام بوده باشد و در صورتی که سن افراد بیش از ۶۰ سال تا حداکثر ۶۵ سال تمام در زمان صدور بیمه نامه باشد، تعهد بیمه گر صرفاً محدود به خطرات مربوط به حادثه و توقیف یا تعلیق پروانه فعالیت بوده و بیماری تحت پوشش نمی باشد.

* حداکثر تعهد بیمه گر برای سال های مورد انتظار می تواند ۱۰ سال تعیین گردد ولی در هر صورت نباید از سن ۷۰ سال بیمه گذار در زمان صدور بیمه نامه تجاوز نماید.

*در صورت تحقق خطرات تحت پوشش بیمه نامه، مبنای پرداخت خسارت بر اساس حداقل حقوق قانون کار در زمان صدور بیمه نامه می باشد.

تایید اظهارات:

اینجانب با امضاء این پیشنهاد اعلام می دارم، به کلیه پرسشها و سئوالات 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 و این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه خواهد بود.

تاریخ:

امضا و مهر بیمه گر:

امضاء بیمه گذار: