



فرم اعلام خسارت مسئولیت پزشکان

شرکت سهامی بیمه ایران - استان اصفهان

با سلام و احترام

اینجانب نزد آن شعبه تحت پوشش بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان می باشم. نظر باینکه یکی از بیماران تحت مداوای اینجانب دچار مصدومیت گریده و پیرو آن در مراجع ذیصلاح از بنده طرح دعوی نموده اند موضوع را با بیان مختصری از شرح حال بیمار به منظور انجام اقدامات لازم در این امر، با اطلاع می رسانم.

اطلاعات بیمه گذار

نام و نام خانوادگی بیمه گذار:

نوع تخصص:

شماره نظام پزشکی:

شماره بیمه نامه:

تاریخ شروع:

تاریخ انقضاء:

آیا نزد شرکت سهامی بیمه ایران از سابقه بیمه مسئولیت حرفه ای بصورت مداوم برخوردار هستید؟ چند سال؟

آدرس مطب:

تلفن همراه:

تاریخ بستری و یا عمل جراحی:

محل بستری و عمل:

تلفن ثابت:

نام و نام خانوادگی بیمار:

کد ملی:

تاریخ تولد: / / سن:

شماره تلفن همراه بیمار:

شماره پرونده بالینی بیمارستان:

شرح حادثه :

تاریخ

مهر و امضاء پزشک