

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)

مشخصات عمومی	مشخصات تخصصی
نام و نام خانوادگی:	مدرک تحصیلی:
نام پدر:	نوع تخصص:
محل صدور:	سابقه کار (سال):
شماره شناسنامه:	شماره نظام پزشکی:
شماره ملی:	
تاریخ تولد: ۱۳ / /	

نشانی متقاضی (بیمه گذار):

کدپستی: تلفن ثابت: تلفن همراه: نامبر:

آیا تا کنون بیمه نامه مسئولیت خریداری نموده اید؟ بلی خیر

در صورتیکه پاسخ مثبت است شرکت بیمه صادر کننده آن را بنویسید:

آیا در سه سال گذشته خسارتی رخ داده است؟ بلی خیر

در صورتی که پاسخ مثبت است نوع و میزان خسارت و نام شرکت بیمه پرداخت کننده را مشخص فرمایید.

.....

آیا در مطب شما و تحت مسئولیت شما کمکهای پزشکی همانند تزریقات، جراحیهای کوچک و کمکهای اولیه صورت می گیرد؟

(لطفاً شرح دهید)

مشخصات محل فعالیت

نشانی مطب:
کدپستی: تلفن:
نشانی بیمارستان:
کدپستی: تلفن:

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

مدت بیمه نامه: روز. تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز ۱۳ / / تاریخ انقضاء: از ساعت ۲۴ روز ۱۳ / /

پوششها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
حداکثر میزان پوشش بیمه ای مورد درخواست در طول مدت بیمه	

** بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می باشد و موافقت می نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.**

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان

- بیمه گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

- بیمه گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

** به اطلاع می‌رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه‌گذار بیمه نامه صادر خواهد گردید. **

نماینده/کارگزار:

مهر، امضاء و تاریخ

بیمه گذار:

مهر، امضاء و تاریخ