

## فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان

### مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه‌گذار)

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 (بیمه‌گذار): .....

کدپستی: ..... تلفن ثابت: ..... تلفن همراه: ..... نامبر: .....

آیا تا کنون بیمه‌نامه مسئولیت خریداری نموده‌اید؟  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 می‌گیرد؟

(لطفاً شرح دهید) .....

### مشخصات محل فعالیت

نشانی مطب: .....

کدپستی: ..... تلفن: .....

نشانی بیمارستان: .....

کدپستی: ..... تلفن: .....

### مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

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

### پوششها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

تعهد به ریال

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

حداکثر میزان پوشش بیمه ای مورد درخواست در طول مدت بیمه

\*\* بدینوسیله اعلام می‌دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب

می‌باشد و موافقت می‌نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه‌نامه 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 بیمه گذار بیمه نامه صادر خواهد گردید. \*\*

نماینده/کارگزار:  
مهر، امضاء و تاریخ

بیمه گذار:  
مهر، امضاء و تاریخ