

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای

پزشکان

صفحه: ۱ از ۲

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)

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

نشانی متقاضی (بیمه گذار) :

کدپستی : تلفن ثابت : تلفن همراه : نمابر :

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

صفحه: ۲ از ۲

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 می رسد 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