



پیشنهاد بیمه‌نامه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پزشکان و پیراپزشکان

مشخصات بیمه‌گذار	نام بیمه‌گذار:	شماره نظام پزشکی / نظام پرستاری:	کد نمایندگی:	
	کد ملی / شناسه ملی:	تاریخ تولد / تاسیس:	خانم / آقای:	
	نشانی:	تلفن ثابت:	کارگزار:	
	کد پستی:	تلفن همراه:	واحد صدور:	
مدت		مدت بیمه‌نامه: روز / سال. تاریخ شروع بیمه‌نامه: از ساعت ۲۴ مورخ تاریخ پایان بیمه‌نامه تا ساعت ۲۴ مورخ		
نوع فعالیت و تخصص	نوع حرفه: <input type="checkbox"/> پزشک <input type="checkbox"/> رزیدنت <input type="checkbox"/> پیراپزشک <input type="checkbox"/> سایر:			
	نوع تخصص: <input type="checkbox"/> پزشک عمومی <input type="checkbox"/> پزشک متخصص <input type="checkbox"/> جراح عمومی <input type="checkbox"/> جراح متخصص <input type="checkbox"/> زمینه تخصص:			
	نام و نشانی مطب: کد پستی: تلفن:			
	نام و نشانی مطب: کد پستی: تلفن:			
<p>نام و نشانی مطب: کد پستی: تلفن:</p> <p>کدام یک از موارد زیر منطبق با حرفه شما می‌باشد:</p> <p><input type="checkbox"/> در مطب یا سایر مراکز درمانی تحت مسئولیت، خدماتی مانند تزریقات، جراحی‌های کوچک و فوریت‌های اولیه پزشکی صورت می‌گیرد.</p> <p><input type="checkbox"/> مامای دارای مطب مستقل <input type="checkbox"/> سوپروایزر بالینی <input type="checkbox"/> سوپروایزر آموزشی <input type="checkbox"/> پرستار شاغل در مطب / <input type="checkbox"/> بیمارستان</p> <p><input type="checkbox"/> بهیار شاغل در مطب / <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> اعمال جراحی انجام می‌دهم.</p> <p>آیا جزء اعضای گروه دارای تفاهم‌نامه گروهی با بیمه پارسیان می‌باشید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی شماره تفاهم‌نامه:</p>				
سوابق خسارت	شماره بیمه‌نامه سال قبل: نام بیمه‌گر قبلی: آمار خسارت از سه سال گذشته تاکنون:			
	تاریخ حادثه	تعداد	نوع حادثه (فوت / نقص عضو و ...)	مبلغ خسارت (ریال)
	علت / مقصر حادثه			
میزان تعهدات درخواستی	الف: در هر حادثه		ب: در طی دوره بیمه‌نامه	
	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه‌های عادی: ریال.		حداکثر تعهد فوت و نقص عضو: ریال.	
تاییدیه بیمه‌گذار	اینجانب به عنوان بیمه‌گذار / نماینده بیمه‌گذار تعهد می‌نمایم که اظهارات درج‌شده در این پیشنهاد بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه‌نامه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پزشکان و پیراپزشکان تنظیم گردید و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه‌گر می‌تواند مطابق مقررات رفتار نماید. از این‌رو موافقت می‌گردد این پیشنهاد مبنای صدور بیمه‌نامه قرار گیرد.			
	تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد:		نام و نام خانوادگی، امضاء و مهر بیمه‌گذار:	
این قسمت توسط نمایندگی / واحد صدور تکمیل می‌گردد:				
مهر و امضاء و کد نمایندگی / واحد صدور:		تاریخ دریافت پیشنهاد:		