



بیمه یاسارگاد

پرسش نامه و پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان

این پرسش نامه و پیشنهاد، اساس انعقاد قرارداد بیمه بوده و بیمه نامه بر اساس اطلاعات مندرج در آن صادر می گردد، بنابراین لازم است در تکمیل آن دقت کافی بعمل آید.

نام بیمه گذار (متقاضی بیمه):	کد ملی:	تاریخ تولد:
نشانی:		
تلفن:		کد پستی:

مدت بیمه:	از ساعت ۲۴ روز:	الی ساعت ۲۴ روز:
-----------	-----------------	------------------

مشخصات پزشک:

پزشک عمومی

پزشک متخصص جراح (زمینه تخصص:

پزشک متخصص غیر جراح (زمینه تخصص:

شماره نظام پزشکی:

آیا در عنوان حرفه ای خود به عنوان رزیدنت مشغول به فعالیت می باشید؟ بله خیر

نشانی مراکز درمانی محل اشتغال:

نشانی مطب:

تلفن:

نشانی بیمارستان / مرکز درمانی:

تلفن:

مبلغ تعهد مورد درخواست:

آیا قبلاً بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان خریداری کرده اید؟ بله خیر

نام بیمه گر:

شماره بیمه نامه:

تاریخ انقضاء:

آیا تاکنون بابت مسئولیت حرفه ای شما در مراجع ذی صلاح قانونی (نظام پزشکی و یا قضایی) شکایتی صورت گرفته است؟ بله خیر

آیا تاکنون محکوم به جبران خسارت بابت قصور در انجام مسئولیت حرفه ای خود شده اید؟ بله خیر

اعتبار این پیشنهاد منوط به صدور بیمه نامه می باشد و این ورقه به تنهایی موجب هیچ گونه حقی برای بیمه گذار و یا منشاء هیچ گونه تعهدی برای بیمه گر نخواهد بود و در صورت وجود اختلاف در متن بیمه نامه و این پیشنهاد، بیمه نامه حاکمیت خواهد داشت و بیمه گر در حدود شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

بدین وسیله اعلام می دارد که کلیه اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد صحیح بوده و موافقت می دارد که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

نام بیمه گذار:

تاریخ تنظیم و امضاء:

نماینده / کارگزار:	مهر و امضاء نماینده / کارگزار:
بازاریاب:	