

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پیراپزشکان

قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما براساس اطلاعات مندرج در این برگ صادر می شود؛ خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار: کد ملی/ شناسه ملی: شماره ثبت: تاریخ ثبت/ تولد: / / کد اقتصادی: نشانی: کد پستی: تلفن: تلفن همراه: پست الکترونیک:	
اطلاعات مورد بیمه	رشته فعالیت: دانشجو: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> فعال در مطب: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نشانی محل فعالیت:	
سوابق بیمه ای	شماره بیمه نامه سال قبل: تاریخ انقضا: / / نام شرکت بیمه: آیا تاکنون ادعای خسارتی در ارتباط با حرفه پزشکی علیه شما مطرح شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً نوع و میزان خسارت را مرقوم فرمایید: آیا بیمه گذار، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه نامه را اعلام فرمائید:	
مدت بیمه	مدت بیمه: از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز	
تعدادات بیمه گر	حداکثر تعهد برای هر نفر در هر حادثه: ریال. حداکثر تعهد در طول مدت بیمه نامه: ریال.	
مورد درخواست پوشش های تکمیلی	آیا مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر هستید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> جبران خسارت بدون رأی دادگاه. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش جبران هزینه های پزشکی. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش افزایش ریالی دیه در سال های بعد (از زمان صدور بیمه نامه) یک بار <input type="checkbox"/> دو بار <input type="checkbox"/> سه بار <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش تعدد دیات و دیات غیر مسری در هر حادثه. ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه: ریال.	
سایر اطلاعات بیمه ای مرتبط	چنانچه علاوه بر موارد فوق، اطلاعات دیگری می تواند بیمه گر را در ارزیابی دقیق ریسک راهنمایی نماید، لطفاً مرقوم فرمائید.	
همچنین اعلام می دارد اظهارات یاد شده بر اساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام شده است، از این رو موافقت می شود این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد و تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه تعیین شده اقدام شود.		
نام و امضاء بیمه گذار:	نام و امضاء نماینده / کار گزار بیمه:	تاریخ تکمیل:

امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.