



شرکت بیمه تعاون

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان را با مشخصات زیر صادر نمایید.
ضمناً تعهد مینمایم نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

متقاضی بیمه:	شماره ملی:
پست الکترونیک:	شماره همراه:
<input type="checkbox"/> پزشک عمومی <input type="checkbox"/> رزیدنت <input type="checkbox"/> پزشک متخصص <input type="checkbox"/> نوع تخصص: شماره نظام پزشکی:	
نشانی منزل:	تلفن:
نشانی مطب:	تلفن:
نشانی بیمارستان:	تلفن:
لطفاً تعداد تقریبی جراحی را که در مدت یک سال انجام میدهید ذکر نمایید:	
شماره بیمه نامه سال قبل:	تاریخ انقضاء:
نام شرکت بیمه:	
آیا ادعای خسارتی در خصوص حرف شما تاکنون علیه شما مطرح شده است؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی (لطفاً شرح مختصر دهید):	
لطفاً در صورتی که کمکهای پزشکی و نظیر تزریقات، جراحیها و کمک های اولیه تحت مسئولیت جنابعالی انجام می گیر، نام ببرید:	
مدت بیمه:	از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز
تعهدات مورد درخواست	حداکثر تعهدات مورد تقاضا برای هر نفر در هر حادثه- ریال
دیه فوت و نقص عضو	حداکثر تعهدات مورد تقاضا در مدت بیمه نامه- ریال

ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر بر اساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده،
فلذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد

نام و امضاء متقاضی بیمه

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه

تاریخ: