

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان

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	پزشک عمومی <input type="checkbox"/> رزیدنت <input type="checkbox"/> پزشک متخصص <input type="checkbox"/> رشته فعالیت: شماره نظام پزشکی: مطب: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نشانی مطب: لطفاً تعداد تقریبی اعمال جراحی را که در مدت یک سال انجام می دهید، اعلام نمایید:
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"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر 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 در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه نامه را اعلام فرمائید:
مدت بیمه	مدت بیمه: از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز
تعداد بیمه گر	حداکثر تعهد برای هر نفر در هر حادثه: ریال. حداکثر تعهد در طول مدت بیمه نامه: ریال.
پوشش های تکمیلی مورد درخواست	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"/> دوبار <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.	
تاریخ تکمیل:	نام و امضاء نماینده / کار گزار بیمه:
نام و امضاء بیمه گذار:	نام و امضاء بیمه گذار:

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