

فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای مسئول فنی داروخانه

شماره شناسایی سند: PI24F370

شماره بازنگری: 03

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار:	کد ملی/کد اقتصادی: تاریخ تولد/تاسیس: کد پستی:	کد نمایندگی:																		
	نشانی:	تلفن: تلفن همراه: نامبر:	کارگزار:																		
مدت	مدت بیمه نامه: روز/سال. تاریخ شروع بیمه نامه: از ساعت ۲۴ مورخ تاریخ پایان بیمه نامه: تا ساعت ۲۴ مورخ																				
مشخصات فعالیت	نام داروخانه هایی که مسئولیت فنی آن ها به شما واگذار شده است:																				
	ردیف	نام داروخانه	ساعات کار																		
سوابق خسارت	تاریخ دریافت برگ صلاحیت مسئول فنی: تاریخ شروع فعالیت به عنوان مسئول فنی داروخانه:																				
	آیا غیر از فروش دارو، در زمینه ساخت داروهای ترکیبی نیز فعالیت می نمایید؟ ☐ خیر ☐ بلی آیا تاکنون برگ صلاحیت مسئول فنی شما تعلیق گردیده است؟ ☐ خیر ☐ بلی آیا درخصوص محصولات آرایشی و زیبایی نیز مسئولیتی دارید؟ ☐ خیر ☐ بلی در صورتی که پاسخ مثبت می باشد، علت آن را توضیح دهید:																				
میزان تعهدات	آیا تا به حال درخواست بیمه نامه مسئولیت حرفه ای داشته اید که مورد قبول بیمه گر قرار نگرفته باشد؟ ☐ خیر ☐ بلی شماره بیمه نامه سال قبل: نام بیمه گر قبلی: آیا تا به حال در رابطه با مسئولیت حرفه ای شما از جانب مشتریان یا مصرف کنندگان دارو یا سایر محصولات، ادعایی در مراجع قضایی یا خارج از مراجع قضایی مطرح گردیده است؟ ☐ خیر ☐ بلی در صورتی که پاسخ مثبت می باشد جدول زیر تکمیل گردد: <table border="1"> <tr> <th>تاریخ ادعا</th> <th>ارائه داروی اشتباه</th> <th>اشتباه در درج میزان مصرف</th> <th>منجر به فوت / نقص عضو</th> <th>تشدید یا عدم بهبود بیماری</th> <th>مبلغ مورد ادعا (ریال)</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			تاریخ ادعا	ارائه داروی اشتباه	اشتباه در درج میزان مصرف	منجر به فوت / نقص عضو	تشدید یا عدم بهبود بیماری	مبلغ مورد ادعا (ریال)												
	تاریخ ادعا	ارائه داروی اشتباه	اشتباه در درج میزان مصرف	منجر به فوت / نقص عضو	تشدید یا عدم بهبود بیماری	مبلغ مورد ادعا (ریال)															
تایید به بیمه گذار	اینجانب به عنوان بیمه گذار/نماینده بیمه گذار تعهد می نمایم که اظهارات مندرج در این پیشنهاد بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای مسئول فنی داروخانه تنظیم گردیده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند مطابق مقررات رفتار نماید. لذا موافقت می گردد این پیشنهاد مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد. تاریخ تکمیل پیشنهاد: نام، امضاء و مهر بیمه گذار:																				
	این قسمت توسط نمایندگی/واحد صدور تکمیل می گردد: مهر و امضاء و کد نمایندگی/واحد صدور: تاریخ دریافت پیشنهاد:																				