فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان

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

نام متقاضی بیمـــه :	شماره ملـی :
پست الکترونیک:	شماره همـــراه :
تاریخ تولد :	شماره نظام پزشکـی:
پزشک عمومی ☐ رزیدنت ☐ پزشک متخصص ☐ نوع تخصص :	
نشانـــی منـزل :	تلفن:
نشانـــی مطـب :	تلفن:
نشانـــی بیمارستان:	تلفن:
لطفاً تعداد تقریبی اعمال جراحی را که در مدت یک سال انجام می دهید ذکر نمائید :	
شماره بیمه نامه سال قبل : تاریخ انقضاء :	نام شرکت بیمه :
آیا ادعای خسارتی درخصوص حرفه شما تا کنون علیه شما مطرح شده است ؟ خیر ☐ بلی (لطفاً شرح مختصر دهید.) ☐	
لطفاًدر صورتی که کمکهای پزشکی نظیر تزریقات ، جراحیهای کوچک و کمکهای اولیه تحت مسؤلیت جنابعالی انجام می گیرد ، نام ببرید:	
مدت بیمـــه : **روز از ساعت ۲۴ روز**	**تا ساعت ۲۴ روز**

تعهدات مورد درخواست	**حداکثر تعهد بیمه گر در هر حادثه و در طول مدت بیمه نامه**
دیـه فوت و نقص عضو	

*** بدینوسیله اعلام می نماید که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد ، کامل و درست بوده و هیچگونه مطالب مغایری بیان نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است.

همچنین موافقت می شود که این پیشنهاد ، اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد

تاریخ تکمیل: **نام وامضاء نماینده / کار گزار بیمه :** **نام و مهر و امضاء متقاضی بیمه :**