



فرم پیشنهاد مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان

با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این برگ تعیین میگردد خواهشمند است به کلیه پرسشها بطور دقیق و کامل پاسخ دهید :

نام و نام خانوادگی :

نوع تخصص:

شماره نظام پزشکی:

حداکثر میزان پوشش بیمه ای مورد درخواست : ریال

در صورتی که تحت مسئولیت شما کمکهای پزشکی مانند تزریقات - جراحیهای کوچک و کمکهای اولیه صورت میگیرد لطفاً نام ببرید.

تعداد تقریبی اعمال جراحی را که در مدت یک سال ممکن است انجام دهید معین فرمائید.

آیا در خصوص حرفه شما تاکنون ادعای خسارتی علیه شما مطرح شده است ؟

نشانی مطب : تلفن :

نشانی بیمارستان : تلفن :

نشانی منزل : تلفن :

بدینوسیله اعلام و اقرار می نمایم پاسخ های مندرج در پرسشنامه و پیشنهاد بطور کامل و صحیح اظهار گردیده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از هیچ مطلب لازمی خود داری نشده است . همچنین موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جز لاینفک آن قرار گیرد

نام و امضا پیشنهاد دهنده

تاریخ

این قسمت توسط نماینده (کارگزار) تکمیل گردد :

اطلاعات مندرج در پیشنهاد بطور کامل مورد تأیید می باشد .

تاریخ :

کد نماینده (کارگزار)

مهر و امضا نماینده (کارگزار)