

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسؤولیت مدنی حرفه ای پزشکان - بیمه دی

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

دارای کد اختصاصی :

اینجانب :

با آگاهی از شرایط عمومی بیمه مسؤولیت مدنی حرفه ای پزشکان و تایید صحت اظهارات مندرج در پرسشنامه و پیشنهاد بیمه، تقاضای صدور بیمه نامه بر اساس مندرجات ذیل را داشته و همچنین موافقت دارد که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

مشخصات پیشنهاد دهنده بیمه	<p>نام و نام خانوادگی : کد ملی : تاریخ تولد: روز: ماه: سال:</p> <p>نشانی منزل:</p> <p>تلفن تماس:(ثابت)</p> <p>شماره نظام پزشکی :</p> <p>محل صدور: شماره شناسنامه:</p> <p>(همراه):</p>
محدوده فعالیت	<p>نشانی مطب :</p> <p>نشانی بیمارستان :</p> <p>شماره بیمه نامه سال قبل :</p> <p>تاریخ انقضای بیمه نامه سال قبل:</p> <p>تعداد سالهای تخفیف عدم خسارت بیمه سال قبل :</p> <p>نوع تخصص :</p> <p>تلفن :</p> <p>نام شرکت بیمه سال قبل:</p>
نوع تخصص	<p><input type="checkbox"/> جراح متخصص</p> <p><input type="checkbox"/> پزشک متخصص.....</p> <p><input type="checkbox"/> پزشک عمومی</p> <p><input type="checkbox"/> پاتولوژیست</p> <p><input type="checkbox"/> دندانپزشک</p> <p><input type="checkbox"/> جراح دندانپزشک</p> <p><input type="checkbox"/> رادیولوژیست</p> <p><input type="checkbox"/> دارو ساز</p>
تجهيزات مورد درخواست	<p>حداکثر تعهدات بیمه گر جهت جبران غرامت جانی در طول مدت بیمه ریال</p>
مدت بیمه	<p>مدت بیمه نامه ماه از ساعت ۲۴ تاریخ: ۱۴ تا ساعت ۲۴ تاریخ: ۱۴ </p>
	<p>۱- در صورتی که تحت مسؤولیت شما کمکهای پزشکی مانند تزریقات ، جراحی های کوچک و کمکهای اولیه صورت می گیرد. لطفاً نام ببرید</p> <p>۲- آیا تاکنون ادعای خسارت یا اقامه دعوی علیه شما مطرح شده است ؟ در صورت پاسخ مثبت میزان غرامت ادعا شده را ذکر فرمایید</p>

مهر و امضاء:

تاریخ:

کد و نام واحد صدور :

کد و نام معرف :