

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای مسئولین فنی



از شرکت بیمه معلم (سهامی عام)، درخواست می شود بیمه نامه مسئولیت حرفه ای داروخانه را بر اساس مندرجات این پیشنهاد صادر نماید.

بیمه گذار	<p style="text-align: center;">مشخصات</p> <p>نام بیمه گذار: _____</p> <p>تاریخ تولد: _____ کد ملی: _____</p> <p>آدرس بیمه گذار: _____</p> <p>کد پستی: _____ تلفن ثابت: _____ تلفن همراه: _____</p>																
مشخصات فعالیت	<p>نوع مرکز: بیمارستان <input type="checkbox"/> مراکز جراحی محدود <input type="checkbox"/> درمانگاه روزکار <input type="checkbox"/> درمانگاه شبانه روزی <input type="checkbox"/> داروخانه روزکار <input type="checkbox"/> داروخانه شبانه روزی <input type="checkbox"/> آزمایشگاه <input type="checkbox"/></p> <p>در صورتی که مرکز بیمارستان می باشد اسامی مسئولین فنی به شرح جدول ذیل اعلام فرمائید:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">ردیف</th> <th style="width: 30%;">نام و نام خانوادگی</th> <th style="width: 20%;">کد ملی</th> <th style="width: 40%;">شماره نظام پزشکی</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">۱</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">۲</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">۳</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>نشانی محل فعالیت بیمه گذار: _____</p> <p>آیا تا به حال بیمه نامه ای برای این موضوع فعالیت داشته اید: خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/></p> <p>نام بیمه گر: _____ شماره بیمه نامه: _____</p> <p>آیا در طول سه سال گذشته خسارتی که ناشی از مسئولیت مدنی حرفه ای شما باشد، داشته اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/></p> <p>تعداد خسارت: _____ مبلغ خسارت: _____</p>	ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	شماره نظام پزشکی	۱				۲				۳			
ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	شماره نظام پزشکی														
۱																	
۲																	
۳																	
تعهدات درخواستی	<p>مدت بیمه و حداکثر پوشش های مورد درخواست: _____</p> <p>مدت بیمه: _____ ماه شروع از ساعت ۲۴ روز انقضا ساعت ۲۴ روز</p> <p>لطفا میزان تعهدات درخواستی (پوشش بیمه ای) مورد نظر را مشخص نمائید:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td>هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه</td> </tr> <tr> <td></td> <td>هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه</td> </tr> <tr> <td></td> <td>حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در هر حادثه</td> </tr> <tr> <td></td> <td>حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه نامه</td> </tr> </table>		هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه		هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه		حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در هر حادثه		حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه نامه								
	هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه																
	هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه																
	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در هر حادثه																
	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه نامه																
مهر و امضا	<p>بدینوسیله اعلام و اقرار می نمایم پاسخ های مندرج در این 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</p> <p>نام و امضا بیمه گذار: _____ تاریخ: _____</p> <p>اطلاعات مندرج در پیشنهاد توسط بیمه گذار تکمیل و امضا گردیده است. مهر و امضا نماینده / کارگزار: _____ کد نماینده / کارگزار: _____ تاریخ: _____</p>																