

آدرس دفتر مرکزی : تهران اتوبان حقانی پلاک ۵۳
شرکت بیمه معلم
شماره تماس : ۸۸۷۹۵۰۵۲
شماره فکس : ۸۸۷۸۱۲۴۵

پیشنهاد مسئولیت حرفه ای پیرا پزشکان



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

بیمه گذار مشخصات	نام و نام خانوادگی بیمه گذار:
	محل صدور: تاریخ تولد: شماره شناسنامه: کد ملی:
مشخصات فعالیت	نشانی بیمه گذار: تلفن همراه:
	آیا تا به حال بیمه نامه ای برای این موضوع فعالیت داشته اید:
	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نام بیمه گر: شماره بیمه نامه:
	آیا در طول سه سال گذشته خسارتی که ناشی از مسئولیت مدنی حرفه ای شما باشد، داشته اید؟
مدت و تعهدات	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> تعداد خسارت: مبلغ خسارت
	تخصص بیمه گذار:
	نوع تخصص: شماره نظام پرستاری:
مهر و امضا	آدرس بیمارستان:
	مدت بیمه ماه شروع از ساعت ۲۴ روز انقضا ساعت ۲۴ روز
مهر و امضا	لطفا میزان تعهدات درخواستی (پوشش بیمه ای) مورد نظر را مشخص نمایید:
	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه
مهر و امضا	ریال
	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
	تاریخ نام و امضا بیمه گذار
مهر و امضا	اطلاعات مندرج در پیشنهاد توسط بیمه گذار تکمیل و امضا گردیده است.
	مهر و امضا نماینده / کارگزار کد نماینده / کارگزار تاریخ: