

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

## پیشنهاد مسئولیت حرفه ای پزشکان



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

| مشخصات بیمه گذار                               | <p>نام بیمه گذار:</p> <p>محل صدور: تاریخ تولد: شماره شناسنامه: کد ملی:</p> <p>نشانی بیمه گذار: تلفن همراه:</p>  |  |      |
|--|---|--|------|
| مشخصات فعالیت                                  | <p>آیا تا به حال بیمه نامه ای برای این موضوع فعالیت داشته اید:</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> 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؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> تعداد خسارت: مبلغ خسارت:</p> <p>تخصص بیمه گذار:</p> <p>پزشک عمومی <input type="checkbox"/> رزیدنت <input type="checkbox"/> متخصص <input type="checkbox"/> فوق تخصص <input type="checkbox"/></p> <p>نوع تخصص: شماره نظام پزشکی:</p> <p>کمک های پزشکی که تحت مسئولیت بیمه گذار انجام می شود:</p> <p>پانسمان و تزریقات <input type="checkbox"/> جراحی های کوچک <input type="checkbox"/> کمک های اولیه <input type="checkbox"/> سایر .....<br/>آیا عمل جراحی انجام می دهید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/></p> <p>آدرس بیمارستان: .....</p> <p>آدرس مطب: .....</p> |  |      |
| مدت و تعهدات                                   | <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 نمایید:</p> <table border="1"><tr><td>حداکثر تعهد فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه</td><td>ریال</td></tr></table>   | حداکثر تعهد فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه | ریال |
| حداکثر تعهد فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه | ریال  |  |      |
| 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</p> <p>اطلاعات مندرج در پیشنهاد توسط بیمه گذار تکمیل و امضا گردیده است.</p> <p>مهر و امضا نماینده / کارگزار</p> <p>کد نماینده / کارگزار</p> <p>تاریخ:</p>  |  |      |