



پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان

پیشنهاد دهنده (بیمه گذار) محترم، نظر به اینکه مفاد بیمه نامه و تعهدات بیمه گر بر مبنای اطلاعات ارائه شده در این فرم میباشد، خواهشمند است نسبت به ارائه پاسخ صحیح و کامل به تمامی سئوالات، در نهایت حسن نیت اقدام فرمائید.

مشخصات پیشنهاد دهنده	نام پیشنهاد دهنده (حقیقی <input type="checkbox"/> حقوقی <input type="checkbox"/>):	کد ملی/شناسه ملی:
	تاریخ تولد/ثبت: / / شماره شناسنامه/ثبت:	کد اقتصادی:
	نشانی: استان: شهر: خیابان:	کوچه: پلاک/شماره:
	تلفن ثابت (بهمراه کد): پست الکترونیک/وب سایت:	کدپستی: تلفن همراه:

مشخصات فعالیت حرفه ای	نوع تخصص:	زمینه تخصصی: جراح متخصص <input type="checkbox"/> پزشک متخصص <input type="checkbox"/> پزشک عمومی <input type="checkbox"/> رزیدنت <input type="checkbox"/> میانگین تعداد عمل جراحی در سال:
	شماره نظام پزشکی:	مدرک تحصیلی:
	نشانی دقیق مطب: استان: شهر: خیابان:	سال اخذ مدرک: کوچه: پلاک/شماره:
	تلفن مطب: نشانی دقیق بیمارستان: استان: شهر: خیابان:	کدپستی:

تلفن بیمارستان:
چنانچه در محل فعالیت، مواردی از قبیل تزریقات، جراحی های کوچک و کمک های اولیه انجام می شود، لطفا بیان فرمائید.

چنانچه در محل فعالیت، اقداماتی از قبیل عکسبرداری، سونوگرافی و یا مواردی که اشعه X استفاده می شود صورت می پذیرد، لطفا موارد را بیان فرمائید.

مدت بیمه	از تاریخ: تا تاریخ: به مدت: روز
----------	---

سوابق بیمه ای و خسارت	۱. آیا دارای سابقه بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان می باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، نام شرکت بیمه گر قبلی، شماره بیمه نامه و تاریخ شروع و انقضاء بیمه نامه را ذکر فرمائید.
	۲. چنانچه در سالهای گذشته، حادثه ای که منجر به فوت و یا نقص عضو بیماران شما گردیده است و در سازمان نظام پزشکی و یا مراجع قضایی، محکوم به پرداخت غرامت شده اید (به صورت مصالحه و یا محکومیت قطعی)، تعداد و مبلغ هر یک را ذکر فرمائید.

تهدات در خواستی	حداکثر تعهد بیمه ای مورد درخواست در طول مدت بیمه نامه: ریال می باشد.
-----------------	--

شعبه/نماینده/کارگزار	تأییدیه پیشنهاد دهنده
مهر و امضاء: تاریخ:	صحت پاسخ های ارائه شده مورد تأیید است. نام، مهر و امضای پیشنهاد دهنده: تاریخ: