

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان

نماینده / کارگزار :

با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه براساس اظهارات مندرج در این برگ تعیین میگردد خواهشمند است به کلیه پرسشها بطور دقیق و کامل پاسخ دهید:

- 1- نام و نام خانوادگی پزشک :
- 2- کد ملی :
- 3- تاریخ تولد: / /
- 4- شماره شناسنامه:
- 5- محل صدور :
- 6- تلفن ثابت :
- 7- تلفن همراه:
- 8- مدارج تحصیلی :
- 9- سوابق حرفه ای:
- 10- مدت بیمه نامه:
- 11- نوع تخصص :
- 12- رزیدنت : ☐ خیر ☐ بلی

13- تاریخ صدور و شماره نظام پزشکی :

14- میزان پوشش بیمه ای مورد درخواست : ریال.

15- در صورتی که تحت مسئولیت شما تزریقات - جراحیهای کوچک و کمکههای اولیه صورت میگیرد لطفاً نام ببرید.

16- آیا در خصوص حرفه شما تاکنون ادعای خسارتی علیه شما مطرح شده است؟ در صورتیکه پاسخ مثبت می باشد شرح دهید.

17- آدرس:

- نشانی مطب: تلفن:

- نشانی بیمارستان: تلفن:

- نشانی منزل: تلفن:

18 - توضیحات اضافی :

بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد صحیح بوده و هیچ گونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است. همچنین موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه رازی و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.

نام و امضاء پیشنهاد دهنده:

تاریخ: / / 13