

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پیراپزشکان

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 پیرا پزشک :

2- کد ملی :

3- تاریخ تولد: / /

4- شماره شناسنامه:

5- محل صدور :

6- تلفن ثابت :

7- تلفن همراه:

8- مدت بیمه نامه:

9- عنوان شغل :

10- آخرین مدرک تحصیلی :

11- رشته تحصیلی :

12- نوع استخدام: رسمی غیررسمی

13- بخش یا بخش هایی که در آن شاغل هستید :

14- میزان پوشش بیمه ای مورد درخواست : ریال.

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

16- آدرس:

- نشانی مطب:

تلفن:

- نشانی بیمارستان:

تلفن:

- نشانی منزل:

تلفن:

17- 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 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