

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پزشکان

نماینده‌گی حسینی پور کد ۱۸۰۰

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:

۱- نام و نام خانوادگی پزشک :

۲- نوع تخصص :

۳- شماره نظام پزشکی :

۴- میزان پوشش بیمه ای مورد درخواست : ۱,۵۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال.

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

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

۷- آدرس‌ها:

- نشانی مطب: تلفن:

- نشانی بیمارستان: تلفن:

- نشانی منزل: تلفن:

۸- توضیحات اضافی :

بدینوسیله اعلام می‌دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و هیچ‌گونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است. همچنین موافقت می‌شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه کارآفرین و یا پیشنهاد دهنده نمی‌باشد.

نام و امضاء پیشنهاد دهنده:

تاریخ: / / ۱۳