

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پزشکان

پیشنهاد	شماره پیشنهاد: نام معرف: تاریخ پیشنهاد:/...../..... کد معرف:		
بیمه گذار مشخصات	بیمه گذار (حقیقی و حقوقی): شماره شناسنامه: سال تولد:/...../..... ۱۳..... محل صدور: نوع تخصص: کد ملی / شماره ثبت: شماره نظام پزشکی:		
نشانی	بیمارستان: مطب: تلفن / دورنگار:		
فعالیت حرفه‌ای	۱- چنانچه شما در مطب کمک‌های پزشکی مانند تزریقات، جراحی‌های کوچک و کمک‌های اولیه انجام می‌دهید، ذکر نمایید. ۲- خلاصه‌ای از سوابق حرفه‌ای خود را شرح دهید.		
سابقه بیمه‌ای و خسارتی	۱- چنانچه سابقه بیمه‌ای دارید، مدت بیمه و شرکت‌های بیمه طرف قرارداد را ذکر نمایید. ۲- چنانچه در سال‌های گذشته حادثه‌ای که منجر به فوت یا نقص عضو بیماران شما گردیده و در سازمان نظام پزشکی و مراجع قضایی محکوم به پرداخت غرامت شده‌اید، تعداد و مبالغ هر یک را (به صورت مصالحه و یا محکومیت قطعی) ذکر نمایید.		
تعهدات درخواستی	نوع پوشش فوت در ماه‌های عادی در ماه‌های حرام	نقص عضو ریال	۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه ریال ۲- غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه ریال
مدت بیمه	مدت بیمه درخواستی: روز		
مهر و امضا بیمه گذار	به این وسیله تأیید و گواهی می‌نمایم: ۱- کلیه اظهارات فوق مبتنی بر واقعیت بوده و موافقت می‌شود که اساس و مبنای صدور بیمه‌نامه توسط بیمه البرز قرار گیرد. ۲- این پرسشنامه جزء لاینفک بیمه‌نامه است و به تنهایی هیچگونه تعهدی را برای شرکت بیمه البرز ایجاد نمی‌نماید. نام/مهر و امضاء بیمه‌گذار		
ملاحظات بیمه گر	مهر و امضاء معرف	نام و امضاء	