



پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان

نماینده‌گی :

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

۱- نام و نام خانوادگی :

۲- نوع تخصص :

۳- شماره نظام پزشکی :

۴- میزان پوشش بیمه ای مورد درخواست : ریال

۵- در صورتی که تحت مسئولیت شما کمکهای پزشکی مانند تزریقات- جراحیهای کوچک و کمکهای اولیه صورت می گیرد لطفاً نام ببرید .

۶- تعداد تقریبی اعمال جراحی را که در مدت یک سال ممکن است انجام دهید معین فرمائید .

۷- آیا در خصوص حرفه شما تا کنون ادعای خسارتی علیه شما مطرح شده است ؟

نشانی مطب : تلفن :

نشانی بیمارستان : تلفن :

نشانی منزل : تلفن :

بر اساس این پیشنهاد که از طرف اینجانب به درستی و منطبق با واقعیت پاسخ داده شده است تقاضای صدور بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان را دارم .

تاریخ پیشنهاد :

نام و امضاء :

نام و امضاء پیشنهاد دهنده :