



شماره:

حرفه ای پزشکان

تا، بخر:

قابل توجه بیمه گذار محترم:

نظر به اینکه بیمه نامه مورد در خواست شما بر اساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می شود لذا فواید شماست است در تکمیل آن دقت فرمائید.



شرکت بیمه نوین

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان با مشخصات زیر صادر نمائید. ضمناً تعهد مینماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

|                                     |                                     |               |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| نام متقاضی بیمه :                   | شماره شناسنامه :                    | تاریخ تولد :  |
| شماره ملی :                         | شماره نظام پزشکی :                  | شماره همراه : |
| پزشک عمومی <input type="checkbox"/> | پزشک متخصص <input type="checkbox"/> | نوع تخصص :    |
| رزیدنت <input type="checkbox"/>     |                                     |               |
| نشانی منزل :                        | تلفن :                              |               |
| نشانی مطب :                         | تلفن :                              |               |
| نشانی بیمارستان:                    | تلفن :                              |               |

لطفاً تعداد تقریبی اعمال جراحی را که در مدت یک سال انجام می دهید ذکر نمائید :

شماره بیمه نامه سال قبل ..... تاریخ انقضاء ..... نام شرکت بیمه .....

آیا ادعای خسارتی در خصوص حرفه شما تا کنون علیه شما مطرح شده است ؟  بلی  خیر

لطفاً در صورتی که کمکهای پزشکی نظیر تزریقات ، جراحیهای کوچک و کمکهای اولیه تحت مسئولیت جنابعالی انجام می گیرد ، نام ببرید:

مدت بیمه : از ساعت 24 روز تا ساعت 24 روز

لطفاً با توجه به میزان دیه که در ابتدای هر سال توسط مرجع قضائی مشخص و اعلام میشود میزان پوشش بیمه ای مورد درخواست را در زیر درج فرمائید :

میزان پوشش بیمه ای مورد درخواست برای هر بیمار در مدت بیمه : **ریال**

ضمناً اعلام میدارد که اظهارات فوق الذکر براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت میشود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

تاریخ تکمیل: نام وامضاء نماینده / کار گزار بیمه : نام و امضاء متقاضی بیمه :