

FO-LI-05

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

شماره:

حرفه ای پیراپزشکان

تا: بخر:

قابل توجه بیمه گذار ممتزج :

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



شرکت بیمه نوین
(سهامی عام)

شرکت بیمه نوین

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

نام متقاضی :	شماره شناسنامه :	محل صدور :
تاریخ تولد :	شماره ملی :	رشته تحصیلی :
عنوان شغل :	شاغل در بخش :	آخرین مدرک تحصیلی :
نوع استخدام :	رسمی <input type="checkbox"/> غیر رسمی <input type="checkbox"/>	شماره پرسنلی/استخدام :
نشانی منزل :		تلفن :
نشانی محل کار :		تلفن :
شماره بیمه نامه سال قبل.....تاریخ انقضاء.....نام شرکت بیمه		
آیا متقاضی تا کنون توسط مراجع قضایی یا سازمان نظام پزشکی کشور محکوم به پرداخت خسارت ناشی از مسئولیت حرفه ای به بیماران یا ذی الحقوق آنان شده است؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً در صورت پاسخ بلی، تعداد و مبالغ پرداختی را ذکر فرمائید :		
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 : نماینده/ کارگزار بیمه : نام و امضاء متقاضی بیمه :