

قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما براساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می شود لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

مشخصات بیمه گذار	<p>خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان را مطابق با مشخصات ذیل صادر نمایید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام شود.</p> <p>نام متقاضی بیمه: شماره شناسنامه: تاریخ تولد: / / ۱۳ نام پدر: نام پدر: شماره ملی: شماره نظام پزشکی: پست الکترونیک: شماره همراه: تلفن: نشانی متقاضی: کدپستی:</p>	
اطلاعات فعالیت بیمه گذار	<p>پزشک عمومی <input type="checkbox"/> رزیدنت <input type="checkbox"/> پزشک متخصص <input type="checkbox"/> نوع تخصص: لطفاً تعداد تقریبی اعمال جراحی را که در مدت یک سال انجام می دهید، ذکر نمایید: لطفاً در صورتی که کمک های پزشکی نظیر تزریقات، جراحی های کوچک و کمک های اولیه تحت مسئولیت جنابعالی / سرکارعالی انجام می گیرد، نام ببرید:</p>	
سوابق بیمه ای	<p>شماره بیمه نامه سال قبل: تاریخ انقضا: / / ۱۳ نام شرکت بیمه: آیا ادعای خسارتی در خصوص حرفه شما تاکنون علیه شما مطرح شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً نوع و میزان خسارت را مرقوم فرمایید: آیا متقاضی، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه را ذکر فرمایید.</p>	
مدت بیمه	<p>مدت بیمه: از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز</p>	
تعهدات بیمه گر	<p>حداکثر تعهدات مورد تقاضا برای هر نفر در هر حادثه: ریال. حداکثر تعهدات مورد تقاضا در طول مدت بیمه نامه: ریال.</p>	
<p>ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد.</p>		
تاریخ تکمیل:	نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:	نام و امضاء متقاضی بیمه: