

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.

<p>خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پیراپزشکان را مطابق با مشخصات ذیل صادر نمایید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام شود.</p>		
مشخصات بیمه گذار	<p>نام متقاضی: شماره شناسنامه: محل صدور: تاریخ تولد: / / ۱۳</p> <p>شماره ملی: آخرین مدرک تحصیلی: رشته تحصیلی: کدپستی:</p> <p>عنوان شغل: شاغل در بخش: نوع استخدام: رسمی <input type="checkbox"/> غیر رسمی <input type="checkbox"/> شماره پرسنلی/استخدام:</p> <p>نشانی منزل: تلفن:</p> <p>نشانی محل کار: تلفن: پست الکترونیک:</p>	
سوابق بیمه ای	<p>شماره بیمه نامه سال قبل تاریخ انقضا: / / ۱۳ نام شرکت بیمه:</p> <p>آیا متقاضی، تاکنون 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؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً در صورت پاسخ بلی، تعداد و مبالغ پرداختی را ذکر فرمایید:</p> <p>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.</p> <p>حداکثر تعهدات مورد تقاضا در طول مدت بیمه نامه: ریال.</p>	
<p>ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر بر اساس 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 امضای نماینده / کارگزار بیمه:	نام و امضای بیمه گذار: