

پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان

۱. اطلاعات فردی بیمه گذار :

نام:	نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	کد ملی:
جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	تلفن همراه:	پست الکترونیکی:	
استان:	شهر:	دهستان:	کد پستی:
نشانی منزل:	تلفن منزل:		
مدت بیمه:	تاریخ شروع از ساعت ۲۴ روز:	تاریخ انقضاء تا ساعت ۲۴ روز:	

۲. اطلاعات شغلی بیمه گذار :

جراح: <input type="checkbox"/>	رزیدنت: <input type="checkbox"/>	غیر جراح: <input type="checkbox"/>	تخصص:
شماره نظام پزشکی:			تلفن:
نشانی:			
• بیمارستان:			
• مطب:			
کمک های پزشکی که تحت مسئولیت شما انجام می شود مشخص فرمایید:			
پانسمان و تزریقات: <input type="checkbox"/> جراحی های کوچک: <input type="checkbox"/> کمک های اولیه: <input type="checkbox"/>			
تعداد تقریبی اعمال جراحی که در مدت یک سال انجام می دهید: <input type="text"/>			
سابقه بیمه ای: <input type="checkbox"/> بلی: <input type="checkbox"/> خیر: <input type="checkbox"/>			
نام شرکت بیمه:			شماره بیمه نامه:
آیا در حرفه شما تاکنون ادعای خسارتی (توسط مراجع قضایی، سازمان نظام پزشکی و یا ذوی الحقوق) علیه شما مطرح شده است: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
در صورت پاسخ مثبت لطفاً تعداد، نوع حادثه (فوت یا نقص عضو) و مبالغ پرداختی را ذکر فرمایید:			

۳. حدود تعهدات بیمه گر :

حد اکثر تعهد بیمه گر (در هر حادثه)	ریال
حد اکثر تعهد بیمه گر (در طول مدت بیمه)	ریال

بدینوسیله تایید و گواهی می شود کلیه اظهارات فوق منطبق با واقعیت است و موافقت می گردد مطالب آن اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

این پرسشنامه و پیشنهاد به تنهایی هیچگونه تعهدی را برای شرکت بیمه دانا ایجاد نمی نماید.

مهر و امضاء بیمه گذار:

تاریخ تکمیل:

نشانی واحد صدور:

تلفن واحد صدور:

شعبه / شرکت خدمات بیمه ای / نمایندگی / کارگزاری :