



## فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان

پانزدهم، پلاک ۲.

تلفن: ۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱، نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

### الف: مشخصات عمومی

۱- اطلاعات فردی بیمه گذار :  
نام و نام خانوادگی ..... شماره ملی : ..... نام کارگزار یا نماینده و کد : .....

۲- نشانی دقیق و کد پستی بیمه گذار (محل سکونت): .....  
تلفن منزل : ..... تلفن همراه : .....

۳- تعداد حوادث در پنج سال گذشته و شرح نوع حوادث :

ردیف	سال حادثه	تعداد حادثه	نوع حادثه (فوت و نقص عضو)	علت	درصد تقصیر	میزان خسارت (ریال)

۴- شماره بیمه نامه / بیمه نامه های سنوات قبل : ..... نام بیمه گر / بیمه گران قبلی .....

### ب: مشخصات شغلی

**مشخصات**

تخصص بیمه گذار :

پزشک عمومی  رزیدنت  متخصص  فوق تخصص  نوع تخصص .....

شماره نظام پزشکی : .....

کمک های پزشکی که تحت مسئولیت بیمه گذار انجام می شود :

پانسمان و تزریقات  جراحی های کوچک  کمک های اولیه  سایر .....

تعداد تقریبی اعمال جراحی که توسط بیمه گذار انجام می شود :

طی یک هفته ..... طی یک ماه ..... طی یکسال .....

**نام ، نشانی و تلفن محل کار**

بیمارستان : .....

مطب : .....

### ج: مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

مدت زمان بیمه: ..... روز/ شروع بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ ..... انقضاء بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ .....

ریال	غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه (حداقل تعهد قابل ارائه یک دبه ماه حرام می باشد)
ریال	غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)

### د: تأییدیه بیمه گذار

بدینوسیله گواهی می نماید که اظهارات فوق منطبق با واقعیت بوده و صحت آن را تأیید می نمایم و موافقم که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد ..... نام و امضاء بیمه گذار .....

واحد صدور (شعبه/نماینده):  
تاریخ دریافت فرم پیشنهاد ..... امضاء و مهر واحد صدور.....