

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان



« سهامی عام »

www.BimehAsia.ir

Email: Masouliat@BimehAsia.ir

• تهران، خیابان آیت اله طالقانی، حدفاصل خیابان
ولیعصر و خیابان حافظ، ساختمان شماره ۴۰۴

• تلفن: ۱۳ و ۶۶۴۰۹۹۱۲

• فاکس: ۶۶۹۷۷۲۰۶

• کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

۱. نام و نام خانوادگی بیمه گزار:

۲. شماره ملی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

۳. نوع تخصص:

پزشک عمومی

پزشک متخصص

جراح متخصص

۴. شماره نظام پزشکی:

۵. نشانی بیمه گزار:

الف. مطب: تلفن:

ب. بیمارستان: تلفن:

ج. منزل: تلفن:

۶. نشانی الکترونیکی بیمه گزار:

۷. در صورتیکه در مطب شما و تحت مسئولیت شما کمک های پزشکی مانند تزریقات، جراحی های کوچک و کمک های اولیه

صورت می گیرد، لطفاً شرح دهید:

۸. در صورت امکان خلاصه ای از مدارج تحصیلی و سوابق حرفه ای خود را شرح دهید:

سرمایه ثابت به مبلغ: ریال

۹. میزان غرامت مورد درخواست:

دپه سال جاری

توجه: این پیشنهاد به تنهایی هیچگونه اعتباری ندارد.

بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پیشنهاد صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از ذکر هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است و در صورت اثبات خلاف موارد اعلام شده، مسئولیت آن متوجه شخص بیمه گزار و یا نماینده وی می باشد. بنابر این موافقت می شود این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد و بیمه گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه نامه صادره مسئول جبران خسارت خواهد بود.

مهر / نام و امضاء بیمه گزار

تاریخ:

مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری:

تلفن تماس:

تاریخ تکمیل پیشنهاد: