



شرکت بیمه تعاون

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای مسئول فنی داروخانه با مشخصات زیر صادر نمایید.
ضمناً تعهد مینمایم نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

نام مسئول فنی:	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:	شماره ملی:		
نوع تخصص:	شماره نظام پزشکی:	ساعت کار:			
نام داروخانه:	آدرس و کد پستی:	آیا تاکنون برگ صلاحیت مسئولیت فنی شما تعلیق گردیده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
در صورت مثبت بودن علت آن را توضیح دهید:					
تاریخ دریافت برگ صلاحیت مسئول فنی: تاریخ شروع فعالیت به عنوان مسئول فنی:					
آیا تاکنون بیمه نامه مسئولیت در این زمینه داشته اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
در صورت مثبت بودن نام شرکت بیمه گر و تاریخ شروع و امضاء بیمه نامه:					
آیا تا به حال درخواست بیمه نامه مسئولیت حرفه ای داشته اید که مورد قبول قرار نگرفته باشد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت:					
آیا تا به حال در رابطه با مسئولیت حرفه ای شما از جانب مشتریان یا مصرف کنندگان دارو ادعایی علیه شما در مرجع قضایی یا خارج از مراجع قضایی مطرح گردیده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل نمایید)					
مبلغ مورد ادعا	موضوع ادعا		علت ادعا		تاریخ ادعا
	تشدید یا عدم بهبود بیماری	فوت یا نقص عضو	اشتباه در درج میزان مصرف	ارائه داروی اشتباهی	
مدت بیمه: از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز					
شرح تعهدات مورد تقاضا		حداکثر تعهدات مورد تقاضا برای هر نفر در هر حادثه- ریال		حداکثر تعهدات مورد تقاضا در مدت بیمه نامه- ریال	
۱- هزینه پزشکی					
۲- غرامت فوت و نقص عضو در ماه های غیر حرام					
۳- غرامت فوت در ماه های حرام					
۴- دیه دوم به بال برای نقص عضو					
۵- خسارات مالی					
جمع کل:					

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 جزء لاینفک آن قرار گیرد

نام و امضاء متقاضی بیمه

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه

تاریخ: