



(سهامی عام)

فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان و پیراپزشکان

شماره شناسایی سند: PI24F170

شماره بازنگری: 02

| | |
|--|--------------------|
| نام بیمه گذار: شماره نظام پزشکی / نظام پرستاری: کد ملی / کد اقتصادی: تاریخ تولد / تاسیس: کد پستی: نشانی: تلفن: تلفن همراه: شماره: | کد نمایندگی: |
| | خانم / آقای: |
| | کارگزار: |
| | واحد صدور: |

| | |
|--|-----|
| مدت بیمه نامه: روز / سال. تاریخ شروع بیمه نامه: از ساعت ۲۴ مورخ تاریخ پایان بیمه نامه: تا ساعت ۲۴ مورخ | مدت |
|--|-----|

| | |
|---|------------------|
| نوع حرفه: پزشک <input type="radio"/> رزیدنت <input type="radio"/> پیراپزشک <input type="radio"/> سایر: نوع تخصص: پزشک عمومی <input type="radio"/> پزشک متخصص <input type="radio"/> جراح عمومی <input type="radio"/> جراح متخصص <input type="radio"/> زمینه تخصص: نام و نشانی مطب: کد پستی: تلفن: نام و نشانی مطب: کد پستی: تلفن: نام و نشانی مطب: کد پستی: تلفن: کدام یک از موارد زیر منطبق با حرفه شما می باشد: در مطب یا سایر مراکز درمانی تحت مسئولیت اینجانب خدماتی مانند تزریقات، جراحی های کوچک و فوریت های اولیه پزشکی صورت می گیرد <input type="radio"/> مامای دارای مطب مستقل می باشم <input type="radio"/> سوپروایزر بالینی هستم <input type="radio"/> سوپروایزر آموزشی هستم <input type="radio"/> پرستار شاغل در مطب <input type="radio"/> / بیمارستان <input type="radio"/> می باشم. بهیار شاغل در مطب <input type="radio"/> / بیمارستان <input type="radio"/> می باشم. اعمال جراحی انجام می دهم <input type="radio"/> آیا جزء اعضای گروه دارای تفاهمنامه گروهی با بیمه پارسیان می باشید: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> شماره تفاهمنامه: | نوع فعالیت و نام |
|---|------------------|

| | | | | | | | | |
|---|-------------|-------|--------------------------------|-------------------|----------------|--|--|--|
| شماره بیمه نامه سال قبل: نام بیمه گر قبلی: آمار خسارت از سه سال گذشته تاکنون: | تاریخ حادثه | تعداد | نوع حادثه (فوت/ نقص عضو و ...) | مبلغ خسارت (ریال) | علت/مقصر حادثه | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| | |
|--|-------------------|
| حد اکثر تعهد فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: ریال | میزان تعهدات |
| اینجانب به عنوان بیمه گذار / نماینده بیمه گذار تعهد می نمایم که اظهارات مندرج در این پیشنهاد بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان و پیراپزشکان تنظیم گردیده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند مطابق مقررات رفتار نماید. لذا موافقت می گردد این پیشنهاد مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد. تاریخ تکمیل پیشنهاد: نام، امضاء و مهر بیمه گذار: | تاییدیه بیمه گذار |

| |
|--|
| این قسمت توسط نمایندگی / واحد صدور تکمیل می گردد: |
| مهر و امضاء و کد نمایندگی / واحد صدور: تاریخ دریافت پیشنهاد: |