

## فرم پیشنهاد مسئولیت مدنی حرفه‌ای پزشکان

مشخصات بیمه‌گذار	نام بیمه‌گذار:	کد ملی:	تاریخ تولد:
	تلفن:		
	کد پستی:		
	نشانی:		

ریال	حداکثر تعهد مورد درخواست در طی دوره بیمه:
------	---

فعالیت‌ها و سوابق	پزشک عمومی:
	پزشک متخصص جراح:
	پزشک متخصص غیر جراح:
	شماره نظام پزشکی:
	نشانی مطب:
	تلفن:
	نشانی بیمارستان / مراکز درمانی:
تلفن:	
آیا در حرفه خود به عنوان رزیدنت مشغول به فعالیت می‌باشید؟	
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه	
مدت بیمه‌نامه:	
تاریخ شروع: از ساعت ۲۴ روز	
تاریخ انقضاء: تا ساعت ۲۴ روز	

آیا قبلاً بیمه‌نامه مسئولیت مدنی پزشکان خریداری نموده‌اید؟	
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر
نام بیمه‌گر:	شماره بیمه‌نامه:
تاریخ انقضاء:	
آیا تا کنون بابت مسئولیت حرفه‌ای شما در مراجع ذی صلاح قانونی (نظام پزشکی و یا قضایی) شکایتی صورت گرفته است؟	
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر
آیا تاکنون محکوم به جبران خسارت بابت قصور در انجام مسئولیت حرفه‌ای خود شده‌اید؟	
<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر

کارگزار/نماینده:
مهر امضاء و تاریخ:

بیمه‌گذار:
مهر امضاء و تاریخ: