

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت حرفه‌ای دامپزشکان

خواهشمند است بیمه‌نامه مسئولیت مدنی با مشخصات زیر صادر نمائید. ضمناً تعهد می‌نمایید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

تنها حوادثی که در محدوده مکانی و زمانی بیمه‌نامه رخ دهد و مسئول آن شناخته شود، تحت پوشش این بیمه‌نامه خواهد بود.

نام کامل بیمه‌گذار (حقیقی/حقوقی) : -----
 نوع بیمه‌گذار : دولتی خصوصی

تاریخ تولد/تأسیس : روز ----- ماه ----- سال -----
 کد/شناسه ملی : -----

شماره نظام دامپزشکی : -----
 تحصیلات و رشته تحصیلی : -----

کدپستی : -----
 تلفن / همراه : -----

نشانی: -----

چند سال سابقه فعالیت در زمینه ارائه خدمات دامپزشکی داشته‌اید؟ ----- سال.

متوسط تعداد دام‌هایی که جهت مداوا به شما ارجاع می‌گردند: در یک روز ----- ، در یک ماه ----- ، در یک سال -----

آیا ارائه خدمات حرفه‌ای دامپزشکی توسط شما منحصر به دام یا دام‌هایی خاص می‌باشد؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ نوع دام و یا دام‌ها را ذکر نمایید: -----

آیا نسبت به انجام عمل جراحی بر روی دام اقدام می‌نمایید؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ ، نوع عمل جراحی و شیوه انجام آن را شرح دهید:

آیا تا به حال بیمه‌نامه‌ای برای این موضوع فعالیت داشته‌اید؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ، شماره بیمه‌نامه و نام بیمه‌گر قبلی را ذکر نمایید: -----

تعداد حوادث در سه سال گذشته و شرح نوع حوادث :

جدول ۱- سابقه خسارت

ردیف	سال حادثه	تعداد حادثه	نوع حادثه	علت	درصد تقصیر	میزان خسارت (ریال)

مدت بیمه : ----- روز ----- از تاریخ ----- تا تاریخ -----

حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت جبران خسارات مالی در هر حادثه : ----- ریال

حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت جبران خسارات مالی در طول مدت بیمه‌نامه : ----- ریال

ضمناً اعلام می‌دارد که اظهارات فوق الذکر براساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه‌نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می‌شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

تاریخ:

نماینده / کارگزار:

نام و امضاء بیمه‌گذار: