



فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان

کد مدرک: FO-LB-17/01

شماره:

.....

تاریخ:

.....

متقاضی گرامی! باتوجه به اینکه تعهدات بیمه‌گر و میزان حق بیمه براساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می‌شود، خواهشمندیم موارد درخواست شده را به‌صورت کامل، دقیق و خوانا پاسخ داده و هیچ‌یک را بدون پاسخ یا خط تیره نگذارید. اگر سؤالی غیرمرتبط است، در مقابل آن علامت بگذارید.

نمایندگی/کارگزار: کد:	نام پیشنهاددهنده:	کد ملی / شناسه ملی:
	نام پدر:	تاریخ تولد/تأسیس: روز ماه سال
	تلفن / تلفن همراه:	کد پستی:
	نشانی:	

مشخصات پزشک	شماره نظام پزشکی :	نوع حرفه: <input type="checkbox"/> پزشک <input type="checkbox"/> رزیدنت: <input type="checkbox"/> سال اول <input type="checkbox"/> سال دوم <input type="checkbox"/> سال
	سوم	
	نوع تخصص:	<input type="checkbox"/> پزشک عمومی <input type="checkbox"/> جراح متخصص <input type="checkbox"/> جراح عمومی <input type="checkbox"/> پزشک متخصص
	زمینه تخصص:	
	نشانی مطب:	کد پستی: تلفن:
	نام و نشانی بیمارستان:	کد پستی: تلفن:
درخواستی تعهدات	حداکثر تعهد مورد درخواست در مجموع و در طی دوره بیمه:	ریال

سایر فعالیت‌ها و سوابق	لطفا خلاصه‌ای از مدارج تحصیلی و سوابق حرفه ای خود را مرقوم فرمایید:
	هر کدام از گزینه‌های زیر منطبق با حرفه شما می‌باشد علامت بزنید.
	در مطب یا سایر مراکز درمانی تحت مسئولیت من خدماتی مانند تزریقات، جراحی‌های کوچک و فوریت‌های اولیه پزشکی صورت می‌گیرد <input type="checkbox"/>
	اعمال جراحی انجام نمی‌دهم <input type="checkbox"/> اعمال جراحی انجام می‌دهم <input type="checkbox"/>

پیشینه خسارت و سوابق بیمه‌ای	لطفاً آمار حوادث پیش‌آمده و مبالغ پرداختی (مالی-جانی) ناشی از مسئولیت پیشنهاددهنده در قبال اشخاص ثالث در سه سال گذشته را در جدول زیر بنویسید:
پوشش‌های تکمیلی	<p>آیا تمایل به خرید پوشش‌های تکمیلی زیر می‌باشید؟</p> <p>افزایش مهلت پذیرش ادعای مطرح شده از سوی زیان‌دید از ۴ سال به ۵ سال <input type="checkbox"/> به ۶ سال <input type="checkbox"/> پس از انقضاء بیمه نامه <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>مابه‌التفاوت افزایش دیه پس از وقوع حادثه مشروط به، بروز بودن دیه بیمه نامه در زمان حادثه: (یک بار <input type="checkbox"/> دو بار <input type="checkbox"/> سه بار <input type="checkbox"/>). <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>طب هومیوپاتی (ویژه پزشکان دوره دیده هومیوپاتی حداقل به مدت دو سال در یکی از مراکز آموزشی معتبر و مورد تأیید این رشته به عنوان "پزشک عمومی هومیوپات") <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>طب سوزنی (ویژه پزشکان دوره دیده و دارای مدرک از مراکز تأیید شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>طب سنتی (ویژه پزشکان دوره دیده و دارای مدرک از مراکز تأیید شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>اعمال زیبایی محدود <input type="checkbox"/> گسترده <input type="checkbox"/> (ویژه پزشکان عمومی و یا پزشکان متخصص با تخصصی به جز پوست) <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>

مدت:	از ساعت ۲۴ مورخ	تا ساعت ۲۴ مورخ	به مدت	روز
------	-----------------	-----------------	--------	-----

اینجانب بدینوسیله اعلام می‌دارم که اظهارات مندرج در این فرم پیشنهاد صحیح بوده و هیچ‌گونه مطلب نادرستی اظهار نشده

و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است. همچنین موافقت می‌شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

امضای این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه‌گر و یا پیشنهاد دهنده نخواهد بود.

مهر و امضای نماینده/کارگزار: تاریخ: / / ۱۳ نام و امضای پیشنهاد دهنده: