



شماره سند: FM-LB-31/02

تاریخ:/...../۱۴.....

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان

پیشنهاد دهنده (بیمه گذار) محترم، نظر به اینکه مفاد بیمه نامه و تعهدات بیمه گر بر مبنای اطلاعات ارائه شده در این فرم میباشد، خواهشمند است نسبت به ارائه پاسخ صحیح و کامل به تمامی سئوالات، در نهایت حسن نیت اقدام فرمائید.

مشخصات پیشنهاد دهنده**مشخصات فعالیت حرفه ای****مدت بیمه****سوابق بیمه ای و خسارت****درخواست تعهدات**نام پیشنهاد دهنده (حقیقی ☐ حقوقی ☐):

کد ملی/شناسه ملی:

کد اقتصادی:

شماره شناسنامه/ثبت:

نشانی: استان:

شهر:

خیابان:

کوچه:

پلاک/شماره:

کد پستی:

تلفن ثابت (به همراه کد):

دورنگار:

تلفن همراه:

پست الکترونیک/وب سایت:

نوع تخصص:

زمینه تخصصی: جراح متخصص ☐ پزشک متخصص ☐ پزشک عمومی ☐ رزیدنت ☐

میانگین تعداد عمل جراحی در سال:

شماره نظام پزشکی:

مدرک تحصیلی:

حل اخذ مدرک:

سال اخذ مدرک:

نشانی دقیق مطب: استان:

شهر:

خیابان:

کوچه:

پلاک/شماره:

کد پستی:

نشانی دقیق بیمارستان: استان:

شهر:

خیابان:

کوچه:

پلاک/شماره:

کد پستی:

تلفن بیمارستان:

چنانچه در محل فعالیت، مواردی از قبیل تزریقات، جراحی های کوچک و کمک های اولیه انجام می شود، لطفا بیان فرمائید.

چنانچه در محل فعالیت، اقداماتی از قبیل عکسبرداری، سونوگرافی و یا مواردی که اشعه X استفاده می شود صورت می پذیرد، لطفا موارد را بیان فرمائید.

از تاریخ: تا تاریخ: به مدت: روز

۱. آیا دارای سابقه بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان می باشید؟ بلی ☐ خیر ☐ در صورت مثبت بودن پاسخ، نام شرکت بیمه گر قبلی، شماره بیمه نامه و و تاریخ شروع و انقضاء بیمه نامه را ذکر فرمائید.

۲. چنانچه در سالهای گذشته، حادثه ای که منجر به فوت و یا نقص عضو بیماران شما گردیده است و در سازمان نظام پزشکی و یا مراجع قضایی، محکوم به پرداخت غرامت شده اید (به صورت مصالحه و یا محکومیت قطعی)، تعداد و مبلغ هر یک را ذکر فرمائید.

حداکثر تعهد بیمه ای مورد درخواست در طول مدت بیمه نامه: ریال می باشد.

شعبه/نماینده/کارگزار

مهر و امضاء:

تاریخ:

تأییدیه پیشنهاد دهنده

صحت پاسخ های ارائه شده مورد تأیید است.

نام، مهر و امضای پیشنهاد دهنده:

تاریخ: