



بیمه یاسارگاد

پرسش نامه و پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان

این پرسش نامه و پیشنهاد، اساس انعقاد قرارداد بیمه بوده و بیمه نامه بر اساس اطلاعات مندرج در آن صادر می گردد، بنابراین لازم است در تکمیل آن دقت کافی بعمل آید.

نام متقاضی (بیمه گذار): کد ملی:

نشانی منزل: کد پستی:

تلفن: دورنگار: نشانی الکترونیکی:

شماره نظام پزشکی: عنوان حرفه ای: جراح متخصص غیر جراح عمومی

نام رشته تخصصی:

مدارج تحصیلی و نام دانشگاه:

سوابق حرفه ای:

نشانی محل اشتغال متقاضی:

- مطب:

تلفن: دورنگار:

- بیمارستان / مرکز درمانی:

تلفن: دورنگار:

شرح فعالیت متقاضی در مطب (غیر ویزیت):

آیا مجوز رسمی انجام جراحی های کوچک سرپایی را در مطب خود دارید؟ بلی خیر

آیا مجوز رسمی انجام تزریقات را در مطب خود دارید؟ بلی خیر

مدت بیمه: از ساعت 24 روز: الی ساعت 24 روز:

مبلغ تعهد مورد درخواست به ریال:

آیا قبلاً بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان داشته اید؟ خیر بلی نام شرکت بیمه:

آیا تا کنون بابت مسئولیت حرفه ای شما در مراجع ذی صلاح قانونی (نظام پزشکی و یا قضایی) شکایتی صورت گرفته است؟ خیر بلی

آیا تا کنون محکوم به جبران خسارت بابت قصور در انجام مسئولیت حرفه ای خود شده اید؟ خیر بله

اعتبار این پیشنهاد منوط به صدور بیمه نامه می باشد و این ورقه به تنهایی موجد هیچ گونه حقی برای بیمه گذار و یا منشاء هیچ گونه تعهدی برای بیمه گر نخواهد بود و در صورت وجود اختلاف در متن بیمه نامه و این پیشنهاد، بیمه نامه حاکمیت خواهد داشت.

مهر و امضاء:

نام بیمه گذار:

مهر و امضاء نماینده/کارگزار:

نماینده / کارگزار:

بازاریاب: