



پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی جامع پزشکان

طرح حکیم

مشخصات متقاضی

خانم/آقای :	تاریخ تولد	کد ملی
آدرس :	کد پستی :	نمابر
همراه	تلفن	نمابر

سوابق بیمه ای

- نام بیمه گر، شماره بیمه نامه و تاریخ انقضای بیمه نامه سال قبل را درج نمایید.
- آیا در خصوص مسئولیت حرفه ای شما تاکنون خسارتی مطرح شده است ؟ لطفاً شرح دهید.

اطلاعات فعالیت

- آدرس و تلفن محل فعالیت (مطب/ بیمارستان) :
- نوع تخصص : شماره نظام پزشکی :
- چنانچه به تحصیل اشتغال دارید ، مشخص نمایید :
- در حل حاضر ☐ رزیدنت هستم
- تعداد تقریبی اعمال جراحی در مدت یکسال :
- چنانچه تحت مسئولیت شما تزریقات و جراحیهای کوچک صورت می گیرد ذکر نمایید :
- امکانات و کمکهای پزشکی تحت مسئولیت خود را شرح دهید :
- آیا پوشش بیمه ای انجام اعمال زیبایی در راستای صلاحیت حرفه ای مورد تأیید سازمان نظام پزشکی مورد نیاز است؟ ☒ بلی
- آیا پوشش اضافی افزایش مدت مرور زمان (ادعای خسارت) از چهار سال به شش سال مورد نیاز است؟ ☐ بلی ☐ خیر

تعهدات درخواستی

- حداکثر تعهد بیمه گر برای هر زیانپذیر و در طول مدت بیمه نامه برای مجموع زیانپذیرگان تا مبلغ ریال درخواست می گردد.

مدت بیمه نامه

بیمه نامه برای مدت روز، از ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۴ تا ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۴ درخواست می گردد.

این پرسشنامه به درخواست اینجانب تکمیل و با امضای آن ضمن تصدیق صحت مندرجات، اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سؤالات فوق با صداقت و حسن نیت جواب داده شده است و در صورت اثبات هر گونه اظهار خلاف واقع و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن مطابق مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه متوجه اینجانب می باشد.

مهر و امضاء نمایندگی :

نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده :

تاریخ تکمیل / / ۱۴

مهر و امضاء