



فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی پزشکان

شماره سند: FM-LI-31/01
 تاریخ: ۱۳۹۶ / /
 پیوست:
 صفحه: ۱ از ۱

از شرکت بیمه آرمان (سهامی عام) درخواست می‌گردد بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پزشکان را بر اساس مندرجات این پیشنهاد به مدت روز از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ صادر نماید.

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار: شماره ملی: سال تولد: نام پدر: شماره شناسنامه: محل صدور:
	نوع تخصص: <input type="checkbox"/> پزشک عمومی <input type="checkbox"/> جراح عمومی <input type="checkbox"/> پزشک متخصص <input type="checkbox"/> جراح متخصص <input type="checkbox"/> رزیدنت <input type="checkbox"/> شماره نظام پزشکی: آیا دارای مطب می باشید: آدرس بیمارستان/ سایر مراکز درمانی: تلفن: آدرس مطب: تلفن: آدرس منزل: تلفن: آدرس سایر مراکز درمانی: تلفن: نشانی الکترونیکی: تلفن همراه:

سایر فعالیت‌ها و سوابق بیمه گذار	در صورتی که هر کدام از گزینه های ذیل، مطابق با نوع حرفه شما بوده و در مطب یا سایر مراکز درمانی تحت مسئولیت شما، این نوع خدمات انجام می‌گیرد، لطفاً مشخص بفرمایید: <input type="checkbox"/> تزریقات <input type="checkbox"/> جراحی های کوچک <input type="checkbox"/> فوریت های اولیه پزشکی <input type="checkbox"/> سایر موارد:
	در صورت انجام خدمات جراحی، نوع جراحی را توضیح بفرمایید: خواهشمند است خلاصه ای از مدارج تحصیلی، سوابق حرفه ای و شرح وظایف خود را مرقوم بفرمائید: بیمه نامه تمدیدی است یا خیر؟ (نزد کدام شرکت): شماره بیمه نامه سال قبل: آیا دارای سابقه خسارت می باشید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر در صورت سابقه خسارت، تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت، نقص عضو یا هزینه درمان صدمات جسمی یا روانی گردیده است: فوت: نفر طی: حادثه نقص عضو: نفر طی: حادثه هزینه پزشکی: نفر طی: حادثه در صورت عدم سابقه خسارت، دارای چند سال تخفیف در بیمه نامه خود می‌باشید؟

تفصیلات و پوشش های اضافی	نظر به اینکه میزان غرامت مورد درخواست در دو قسمت (الف: سرمایه ثابت با درج مبلغ درخواستی) یا (ب: دیه سال جاری) تعیین شده است، لذا تقاضا می‌گردد یکی از دو حالت مورد اشاره را در بیمه نامه انتخاب نمایید: الف. سرمایه ثابت به مبلغ: ریال ب. دیه سال جاری به مبلغ: ریال در صورت انتخاب بند ب: دیه سال جاری، آیا تمایل به انتخاب "پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی دیه" دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
--------------------------	--

مشخصات واحد	نام شعبه/نماینده/ کارگزاری: کد: واحد صدور: آیا بیمه گذار عضو گروه هایی می باشد که دارای تفاهمنامه گروهی نزد بیمه آرمان می‌باشند، است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر در صورت اعلام نظر مثبت، شماره تفاهم نامه را مرقوم بفرمایید:
-------------	---

اینجانب تعهد می‌نمایم که:
 ۱- به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پیراپزشکان می باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه نامه صادره، مسئول جبران خسارت خواهد بود.
 ۲- کلیه قوانین مربوط به مبارزه با پولشویی را رعایت نمایم.
 نام / مهر و امضاء بیمه گذار: مهر و امضاء نماینده یا کارگزاری: