



فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای مسئول فنی داروخانه

شماره سند: FM-LI-39/01

تاریخ: / /

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی با مشخصات زیر صادر نمائید. ضمناً "تعهد مینماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

نام داروخانه هایی که مسئولیت فنی به شما واگذار شده است را بنویسید:

ردیف	نام داروخانه	ساعات کار	نشانی
۱			
۲			
۳			

آیا تا کنون برگ صلاحیت مسئولیت فنی شما تعلیق گردیده است؟ بلی خیر
در صورت مثبت بودن علت آن را توضیح دهید.

تاریخ دریافت برگ صلاحیت مسئول فنی

تاریخ شروع فعالیت به عنوان مسئول فنی:

آیا تا کنون بیمه نامه مسئولیت در این زمینه دارشته اید؟ بلی خیر (در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل فرمایید).

ردیف	نام شرکت بیمه گر	تاریخ شروع بیمه نامه	تاریخ انقضاء
۱			
۲			
۳			

آیا تا به حال درخواست بیمه نامه مسئولیت حرفه ای داشته اید که مورد قبول قرار نگرفته باشد؟ بلی خیر علت؟
آیا تا به حال در رابطه با مسئولین حرفه ای شما از جانب مشتریان یا مصرف کنندگان دارو ادعایی علیه شما در مراجع قضایی یا خارج از مراجع قضایی مطرح گردیده است؟

خیر (در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل نمایید)

مبلغ مورد ادعا	موضوع ادعا		علت ادعا		تاریخ ادعا
	تشدید یا عدم بهبود بیماری	فوت یا نقص عضو	اشتباه در درج میزان مصرف	ارائه داروی اشتباهی	

مدت بیمه: روز از تاریخ تا تاریخ

ریال حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه‌های عادی:
ریال حداکثر غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه‌های حرام:
ریال حداکثر هزینه‌های پزشکی ناشی از حوادث موضوع این بیمه‌نامه برای هر نفر در هر حادثه:
ریال حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طی مدت بیمه:
ریال حداکثر هزینه‌های پزشکی ناشی از حوادث موضوع این بیمه نامه در طول مدت بیمه:

بدین وسیله اعلام می‌دارد که اظهارات فوق الذکر براساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می‌شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

تاریخ: نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه: نام و امضاء بیمه گذار: