



# فرم مسئولیت مدنی حرفه‌ای دامپزشکان

شماره سند: FM-LB-93/01  
تاریخ: ۱۴ / /  
پیوست:  
صفحه: ۱ از ۱

## الف) مشخصات عمومی:

۱- نام کامل بیمه گذار (حقیقی/حقوقی):

نوع بیمه گذار: دولتی  خصوصی  شماره ملی/شناسنامه:.....کد اقتصادی (شخص حقوقی):..... نام کارگزار/ نماینده و کد:.....

۲- نشانی دقیق، کد پستی و تلفن بیمه گذار:

۳- تعداد حوادث در سه سال گذشته و شرح نوع حوادث:

ردیف	سال حادثه	تعداد حادثه	نوع حادثه (هزینه پزشکی، فوت و نقص عضو)	علت	درصد تقصیر	میزان خسارت (ریال)

۴- آیا تا به حال بیمه نامه ای برای این موضوع فعالیت داشته اید؟

- شماره بیمه نامه سال قبل:

نام بیمه گر قبلی:

## ب) موضوع و مشخصات فعالیت بیمه گذار:

۱- چند سال سابقه فعالیت در زمینه ارائه خدمات دامپزشکی داشته اید؟..... سال

۲- متوسط تعداد دام هایی که جهت مداوا به شما ارجاع می گردند: در یک روز... در یک ماه... در یک سال.....

۳- آیا ارائه خدمات حرفه ای دامپزشکی توسط شما منحصر به دام یا دام هایی خاص می باشد؟

در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع دام یا دام ها را ذکر نمایید:

۴- آیا نسبت به انجام عمل جراحی بروی دام اقدام می نمایید؟

در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع عمل جراحی و شیوه انجام آنرا شرح دهید

## ج) مدت بیمه و حداکثر پوشش های بیمه ای مورد درخواست:

۱- مدت زمان بیمه: ..... روز / شروع بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ ..... انقضاء بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ .....

ریال	حداکثر تعهد درخواستی مالی (در هر حادثه)
ریال	حداکثر تعهد درخواستی مالی در طول مدت اعتبار بیمه نامه

بدینوسیله تأیید و گواهی می نماید که اظهارات فوق منطبق با واقعیت بوده و صحت آن را تأیید می نمایم و موافقم که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد ..... نام و امضاء بیمه گذار .....

تأییدیه واحد صدور (شعبه / نمایندگی):

تاریخ دریافت فرم پیشنهاد ..... امضاء و مهر واحد صدور .....