



فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت جامع پزشکان
(طرح بیمه حکیم))

باتوجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه براساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می گردد خواهشمنداست به کلیه پرسشها بطور دقیق پاسخ دهید .

نام و نام خانوادگی: شماره شناسنامه: نام پدر: تاریخ تولد: روز ماه سال محل صدور: نوع تخصص: شماره نظام پزشکی:

آیا رزیدنت هستید: بلی خیر تاریخ انقضاء بیمه نامه: نشانی مطب/مرکز درمانی محدود: استان: نشانی منزل:

تلفن ثابت: همراه: نامبر:

| ردیف | سوابق بیمه ای سنوات گذشته (مسئولیت) | دارد | ندارد | شماره بیمه نامه سال قبل / شرکت بیمه گر | سوابق خسارت | | تعداد سالهای عدم خسارت |
|------|-------------------------------------|------|-------|--|-------------|-------|------------------------|
| | | | | | دارد | ندارد | |
| ۱ | مسئولیت حرفه ای پزشکان | | | | | | |

پوششهای جامع:

| | |
|---|---|
| بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان و کارفرما در مقابل کارکنان و اشخاص ثالث | |
| سایر تعهدات | تعهدات |
| | <input type="checkbox"/> ۷۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال |

تاریخ و مهر و امضاء پزشک

صحت تکمیل پرسشنامه فوق مورد تأیید اینجانب می باشد: