



(سهامی عام)

# فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان و پیراپزشکان

شماره شناسایی سند: PI24F170

شماره بازنگری: 02

نام بیمه گذار: .....	شماره نظام پزشکی / نظام پرستاری: .....	کد نمایندگی: .....
کد ملی / کد اقتصادی: .....	تاریخ تولد / تاسیس: .....	خانم / آقای: .....
نشانی: .....	تلفن همراه: .....	کارگزار: .....
تلفن: .....	نمابر: .....	واحد صدور: .....

اطلاعات مشخصات بیمه گذار

مدت بیمه نامه: ..... روز/سال. تاریخ شروع بیمه نامه: از ساعت ۲۴ مورخ ..... تاریخ پایان بیمه نامه: تا ساعت ۲۴ مورخ .....

مدت

نوع حرفه: پزشک  رزیدنت  پیراپزشک  سایر: .....

نوع تخصص: پزشک عمومی  پزشک متخصص  جراح عمومی  جراح متخصص  زمینه تخصص: .....

نام و نشانی مطب: .....

نام و نشانی مطب: .....

نام و نشانی مطب: .....

کدام یک از موارد زیر منطبق با حرفه شما می باشد:

در مطب یا سایر مراکز درمانی تحت مسئولیت اینجانب خدماتی مانند تزریقات، جراحی های کوچک و فوریت های اولیه پزشکی صورت می گیرد

مامای دارای مطب مستقل می باشم  سوپروایزر بالینی هستم  سوپروایزر آموزشی هستم  پرستار شاغل در مطب  / بیمارستان  می باشم.

بهیار شاغل در مطب  / بیمارستان  می باشم. اعمال جراحی انجام می دهم

آیا جزء اعضای گروه دارای تفاهنامه گروهی با بیمه پارسیان می باشید: بلی  خیر  شماره تفاهنامه: .....

نوع فعالیت و مشخصات

شماره بیمه نامه سال قبل: ..... نام بیمه گر قبلی: ..... آمار خسارت از سه سال گذشته تاکنون: .....

تاریخ حادثه	تعداد	نوع حادثه (فوت / نقص عضو و ...)	مبلغ خسارت (ریال)	علت / مقصر حادثه

سوابق خسارت

حد اکثر تعهد فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: ..... ریال

اینجانب ..... به عنوان بیمه گذار نماینده بیمه گذار تعهد می نمایم که اظهارات مندرج در این پیشنهاد بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان و پیراپزشکان تنظیم گردیده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند مطابق مقررات رفتار نماید. لذا موافقت می گردد این پیشنهاد مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد.

تاریخ تکمیل پیشنهاد: ..... نام، امضاء و مهر بیمه گذار: .....

مقررات تعهدات

تاییدیه بیمه گذار

این قسمت توسط نمایندگی / واحد صدور تکمیل می گردد:

مهر و امضاء و کد نمایندگی / واحد صدور: ..... تاریخ دریافت پیشنهاد: .....