

## فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پزشکان

پیشنهاد	شماره پیشنهاد: ..... نام معرف: ..... تاریخ پیشنهاد: ...../...../..... کد معرف: .....								
مشخصات بیمه‌گذار	بیمه‌گذار (حقیقی و حقوقی): ..... شماره شناسنامه: ..... سال تولد: ...../...../..... نوع تخصص: ..... آیا بیمه‌گذار رزیدنت می‌باشد؟: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر کد ملی/شماره ثبت: ..... محل صدور: ..... شماره نظام پزشکی: .....								
نشانی	بیمارستان: ..... مطب: ..... تلفن / دورنگار: .....								
فعالیت حرفه‌ای	۱- چنانچه شما در مطب کمک‌های پزشکی مانند تزریقات، جراحی‌های کوچک و کمک‌های اولیه انجام می‌دهید، ذکر نمایید. ۲- خلاصه‌ای از سوابق حرفه‌ای خود را شرح دهید.								
سابقه بیمه‌ای و خسارتی	۱- چنانچه سابقه بیمه‌ای دارید، مدت بیمه و شرکت‌های بیمه طرف قرارداد را ذکر نمایید. ۲- چنانچه در سال‌های گذشته حادثه‌ای منجر به فوت یا نقص عضو بیماران شما گردیده و در سازمان نظام پزشکی و مراجع قضایی محکوم به پرداخت غرامت شده‌اید، تعداد و مبالغ هر یک را (به صورت مصالحه و یا محکومیت قطعی) ذکر نمایید.								
حد اکثر تعهدات بیمه‌گر	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="686 1229 1428 1294">نوع پوشش</th> <th data-bbox="95 1229 686 1294">سرمایه به ریال</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="686 1294 1428 1344">۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه (ماه عادی)</td> <td data-bbox="95 1294 686 1344"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="686 1344 1428 1393">۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه (ماه حرام)</td> <td data-bbox="95 1344 686 1393"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="686 1393 1428 1440">۳- حداکثر غرامت فوت در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه (ماه حرام)</td> <td data-bbox="95 1393 686 1440"></td> </tr> </tbody> </table>	نوع پوشش	سرمایه به ریال	۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه (ماه عادی)		۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه (ماه حرام)		۳- حداکثر غرامت فوت در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه (ماه حرام)	
نوع پوشش	سرمایه به ریال								
۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه (ماه عادی)									
۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه (ماه حرام)									
۳- حداکثر غرامت فوت در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه (ماه حرام)									
تعهدات تکمیلی درخواستی	<p><b>پوشش‌های تکمیلی را در صورت درخواست با علامت زدن در مربع مشخص نمایید.</b></p> ۱. <input type="checkbox"/> مابه‌التفاوت افزایش دیه در سال بعد علاوه بر تعهدات خریداری شده در جدول مشخصات بیمه‌نامه: <input type="checkbox"/> یک بار <input type="checkbox"/> دوبار <input type="checkbox"/> سه بار ۲. <input type="checkbox"/> تعدد دیات و دیات غیرمصری: <input type="checkbox"/> یک دیه مازاد <input type="checkbox"/> دو دیه مازاد <input type="checkbox"/> سه دیه مازاد ۳. <input type="checkbox"/> افزایش مرور زمان دعاوی از ۴ سال به ۶ سال پس از انقضای بیمه‌نامه ۴. <input type="checkbox"/> انجام خدمات زیبایی نظیر بوتاکس، لیزر، تزریق ژل، مزوتراپی و اعمال مشابه								
مدت بیمه	مدت بیمه درخواستی: ..... روز								
مهر و امضاء بیمه‌گذار	به این وسیله تأیید و گواهی می‌نمایم: ۱- کلیه اظهارات فوق مبتنی بر واقعیت بوده و موافقت می‌شود که اساس و مبنای صدور بیمه‌نامه توسط بیمه‌البرز قرار گیرد. ۲- این پرسشنامه جزء لاینفک بیمه‌نامه است و به تنهایی هیچگونه تعهدی را برای شرکت بیمه‌البرز ایجاد نمی‌نماید. نام/مهر و امضاء بیمه‌گذار								
ملاحظات بیمه‌گر	نام و امضاء مهر و امضاء معرف								