

**پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی  
حرفه ای پزشکان**

شرکت بیمه میهن

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان با مشخصات زیر صادر نمائید. ضمناً تعهد مینمایم نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

نام متقاضی بیمه :	شماره ملی :		
شماره شناسنامه :	تاریخ تولد :	شماره نظام پزشکی :	شماره همراه :
پزشک عمومی <input type="checkbox"/> رزیدنت <input type="checkbox"/> پزشک متخصص <input type="checkbox"/> نوع تخصص :			
نشانی منزل :	تلفن :		
نشانی مطب :	تلفن :		
نشانی بیمارستان :	تلفن :		
لطفاً تعداد تقریبی اعمال جراحی را که در مدت یک سال انجام می دهید ذکر نمائید :			
شماره بیمه نامه سال قبل	تاریخ انقضاء	نام شرکت بیمه	
آیا ادعای خسارتی درخصوص حرفه شما تا کنون علیه شما مطرح شده است ؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (لطفاً شرح مختصر دهید). <input type="checkbox"/>			
لطفاً در صورتی که کمکهای پزشکی نظیر تزریقات ، جراحیهای کوچک و کمکهای اولیه تحت مسئولیت جنابعالی انجام می گیرد ، نام ببرید:			
مدت بیمه :	از ساعت ۲۴ روز	تا ساعت ۲۴ روز	
لطفاً با توجه به میزان دیه که در ابتدای هر سال توسط مرجع قضائی مشخص و اعلام میشود میزان پوشش بیمه ای مورد درخواست را در زیر درج فرمائید:			
میزان پوشش بیمه ای مورد درخواست برای هر بیمار در مدت بیمه :	ریال		

ضمناً اعلام میدارد که اظهارات فوق الذکر براساس اصل 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.

نام و امضاء متقاضی بیمه :

نام و امضاء نماینده / کار گزار بیمه :

تاریخ تکمیل: