

نشانی: تهران - میدان ونک
 خیابان ونک - پلاک ۹
 کدپستی: ۱۹۹۴۶۱۸۳۱۷
 تلفن: ۰۲۱ - ۸۶۹۰
 www.bimehma.ir

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان و پیراپزشکان



از شرکت بیمه "ما" درخواست می شود بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان/ پیراپزشکان را بر اساس مندرجات این پیشنهاد، به مدت روز از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ صادر نماید.

مشخصات بیمه گزار

نام: کد ملی:

تاریخ تولد: روز..... ماه..... سال..... شماره نظام پزشکی:

نوع حرفه: پزشک رزیدنت پیراپزشک دانشجوی پیراپزشکی

نوع تخصص: پزشک عمومی پزشک متخصص جراح عمومی جراح متخصص

زمینه تخصص:

نام و نشانی مطب: کد پستی: تلفن:

نام و نشانی بیمارستان: کد پستی: تلفن:

نام و نشانی سایر مراکز درمانی: کد پستی: تلفن:

نشانی منزل: کد پستی: تلفن:

میزان تعهدات

حداکثر فوت و نقص عضو در ماه های عادی: ریال

حداکثر تعهد فوت و نقص عضو در ماه های حرام: ریال

حداکثر تعهد فوت و نقص عضو در طی دوره: ریال

سایر فعالیت ها و سوابق

لطفا خلاصه ای از مدارج تحصیلی خود را مرقوم فرمایید:

لطفا خلاصه ای از سوابق حرفه ای خود را مرقوم فرمایید:

آیا تا کنون محکوم به جبران خسارت حرفه ای (بهرنحوی) شده اید؟

چند سال سابقه عدم اعلام خسارت در بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان/پیراپزشکان داشته اید؟

آیا جزء اعضای گروه هایی که دارای تفاهمنامه گروهی با بیمه "ما" می باشند، هستید؟ شماره تفاهمنامه؟

هر کدام از گزینه های زیر منطبق با حرفه شما می باشد علامت بزنید.

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

اعمال جراحی انجام می دهم.

اعمال جراحی انجام نمی دهم.

آیا حداقل در پنج سال گذشته حادثه ای که منجر به فوت و نقص عضو شده باشد، رخ داده است؟ بلی خیر

تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	مبلغ خسارت (ریال)

توجه: با توجه به قانون مبارزه با پولشویی مصوب ۱۳۸۶/۱۱/۰۲ مجلس شورای اسلامی و آیین نامه و دستورالعمل های اجرایی آن، بدین وسیله متعهد و ملتزم می شوم ضمن رعایت موارد قانون یاد شده و مقررات مربوط از هر گونه اقدامی که منجر به پولشویی گردد خودداری نمایم.

اینجانب تعهد می نمایم که به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان/ پیراپزشکان می باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، مطابق مقررات رفتار خواهد شد.

مهتر یا امضای پیشنهاد دهنده: تاریخ: