



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: کد ملی: 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: نمابر:

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"/> ۴۵۰۰۰۰۰۰۰ ریال

تاریخ و امضاء پزشک

صحت تکمیل پرسشنامه فوق مورد تأیید اینجانب می باشد: