



با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این برگ تعیین می گردد خواهشمند است به کلیه پرسشها بطور دقیق و کامل پاسخ دهید :

۱- نام و نام خانوادگی :

۲- نوع تخصص :

۳- شماره نظام پزشکی :

۴- میزان پوشش بیمه ای مورد درخواست : ریال

۵- در صورتی که تحت مسئولیت شما کمکهای پزشکی مانند تزریقات ، جراحیهای کوچک و کمکهای اولیه صورت می گیرد لطفاً نام ببرید .

۶- تعداد تقریبی اعمال جراحی را که در مدت یکسال ممکن است انجام دهید معین فرمائید.

۷- آیا در خصوص حرفه شما تاکنون ادعای خسارتی علیه شما مطرح شده است ؟

نشانی مطب : تلفن :

نشانی بیمارستان : تلفن :

نشانی منزل : تلفن :

بر اساس این پیشنهاد که از طرف اینجانب بدرستی و منطبق با واقعیت پاسخ داده شده است تقاضای صدور بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان را دارم .

تاریخ پیشنهاد :

مهر و امضاء نمایندگی :

نام و امضاء پزشک :