

● تهران ، خیابان آیت اله طالقانی ، حدفاصل خیابان
ولیعصر و خیابان حافظ ، ساختمان شماره ۴۰۴
● تلفن: ۱۳ و ۶۶۴۰۹۹۱۲
● فاکس: ۶۶۹۷۲۰۶
● کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

حرفه ای پزشکان



بیمه آسیا

« سهامی عام »

www.BimehAsia.ir

Email: Masouliat@BimehAsia.ir

از شرکت بیمه آسیا (سهامی عام) درخواست می گردد بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان را بر اساس مندرجات این پیشنهاد به مدت روز از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ صادر نماید.

نام بیمه گذار: شماره ملی:
سال تولد: محل صدور: نام پدر: شماره شناسنامه:
نوع تخصص: پزشک عمومی جراح عمومی پزشک متخصص جراح متخصص رزیدنت
شماره نظام پزشکی: آیا داری مطب می باشی:
آدرس بیمارستان / سایر مراکز درمانی: تلفن:
آدرس مطب: تلفن:
آدرس منزل: تلفن:
نشانی الکترونیکی: تلفن همراه:

مشخصات بیمه گذار

در صورتی که هر کدام از گزینه های ذیل ، مطابق با نوع حرفه شما بوده و در مطب یا سایر مراکز درمانی تحت مسئولیت شما ، این نوع خدمات انجام می گیرد، لطفاً مشخص بفرمائید: تزییقات جراحی های کوچک فوریت های اولیه پزشکی سایر موارد:
 در صورت انجام خدمات جراحی ، نوع جراحی را توضیح بفرمائید:
خواهشمند است خلاصه ای از مدارج تحصیلی ، سوابق حرفه ای و شرح وظایف خود را مرقوم بفرمائید:
بیمه نامه تمدیدی است یا خیر؟ (نزد کدام شرکت): شماره بیمه نامه سال قبل:
آیا داری سابقه خسارت می باشی؟ بلی خیر
در صورت وجود سابقه خسارت، تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت، نقص عضو یا هزینه درمان صدمات جسمی یا روانی گردیده است:
فوت: نفر طی حادثه نقص عضو: نفر طی حادثه هزینه پزشکی: نفر طی حادثه
در صورت عدم سابقه خسارت ، دارای چند سال تخفیف در بیمه نامه خود می باشی؟

سایر فعالیت ها و سوابق بیمه گذار

نظر به اینکه میزان غرامت مورد درخواست در دو قسمت (الف: سرمایه ثابت با درج مبلغ درخواستی) یا (ب: دیه سال جاری) تعبیه شده است ، لذا تقاضا می گردد یکی از دو حالت مورد اشاره را در بیمه نامه انتخاب نمایید:
 الف - سرمایه ثابت به مبلغ: ریال ب - دیه سال جاری به مبلغ: ریال
در صورت انتخاب بند ب: دیه سال جاری ، آیا تمایل به انتخاب "پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی دیه" دارید؟ بلی خیر

تجهیزات و پوشش اضافی

نام شعبه / نمایندگی / کارگزاری: کد: واحد صدور:
آیا بیمه گذار عضو گروه هایی که دارای تفاهمنامه گروهی نزد بیمه آسیا می باشند ، است؟ بلی خیر
در صورت اعلام نظر مثبت ، شماره تفاهمنامه را مرقوم بفرمائید:

مشخصات واحد صدور

اینجانب تعهد می نمایم که:
۱. 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 می باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه نامه صادره، مسئول جبران خسارت خواهد بود.
۲. کلیه قوانین مربوط به مبارزه با پولشویی را رعایت نمایم.
نام / مهر و امضاء بیمه گذار: مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری: