



## پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی جامع پزشکان طرح حکیم

### مشخصات متقاضی

خانم/آقای : .....	تاریخ تولد	کدملی
آدرس : .....	کدپستی : .....	
همراه	تلفن	نمبر

### سوابق بیمه ای

- نام بیمه گر، شماره بیمه نامه و تاریخ انقضای بیمه نامه سال قبل را درج نمایید.
- آیا در خصوص مسئولیت حرفه ای شما تاکنون خسارتی مطرح شده است؟ لطفاً شرح دهید.

### اطلاعات فعالیت

- آدرس و تلفن محل فعالیت (مطب/بیمارستان) : .....
- نوع تخصص : ..... شماره نظام پزشکی : .....
- چنانچه به تحصیل اشتغال دارید، مشخص نمایید : .....
- در حل حاضر  رزیدنت هستم
- تعداد تقریبی اعمال جراحی در مدت یکسال : .....
- چنانچه تحت مسئولیت شما تزریقات و جراحیهای کوچک صورت می گیرد ذکر نمایید : .....
- امکانات و کمکهای پزشکی تحت مسئولیت خود را شرح دهید : .....
- آیا پوشش بیمه ای انجام اعمال زیبایی در راستای صلاحیت حرفه ای مورد تأیید سازمان نظام پزشکی مورد نیاز است؟  بلی
- آیا پوشش اضافی افزایش مدت مرور زمان (ادعای خسارت) از چهار سال به شش سال مورد نیاز است؟  بلی  خیر

### تعهدات درخواستی

- حداکثر تعهد بیمه گر برای هر زیاندریافته و در طول مدت بیمه نامه برای مجموع زیاندرندگان تا مبلغ ..... ریال درخواست می گردد.

### مدت بیمه نامه

بیمه نامه برای مدت ..... روز، از ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۴ تا ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۴ درخواست می گردد.

این پرسشنامه به درخواست اینجانب تکمیل و با امضای آن ضمن تصدیق صحت مندرجات، اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سؤالات فوق با صداقت و حسن نیت جواب داده شده است و در صورت اثبات هر گونه اظهار خلاف واقع و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن مطابق مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه متوجه اینجانب می باشد.

تاریخ تکمیل / / ۱۴ نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده : ..... مهر و امضاء  
مهر و امضاء نمایندگی : .....