



بینه آسیا

بنام خدا

پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پزشکان

متمنی است با توجه به اطلاعات و مشخصات مورد درخواست در این پیشنهاد و پرسشنامه که از طرف اینجانب بدرستی و منطبق با واقعیت پاسخ داده شده است بیمه‌نامه مسئولیت حرفه‌ای پزشکان صادر فرمائید.

۱ - نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار:

۲ - کد ملی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

۳ - نوع تخصص

پزشک عمومی

پزشک متخصص

جراح متخصص

۴ - شماره نظام پزشکی:

۵ - نشانی بیمه‌گذار:

الف - مطب:

ب - بیمارستان:

ج - منزل:

۶ - نشانی الکترونیکی بیمه‌گذار:

۷ - در صورتیکه در مطب شما و تحت مسئولیت شما کمک‌های پزشکی مانند تزریقات، جراحی‌های کوچک و کمک‌های اولیه صورت می‌گیرد، لطفاً شرح دهید.

۸ - در صورت امکان خلاصه‌ای از مدارج تحصیلی و سوابق حرفه‌ای خود را شرح دهید.

۹ - میزان غرامت مورد درخواست:

مهر و امضاء بیمه‌گذار

تاریخ

این پیشنهاد به تنهایی هیچگونه اعتباری ندارد.

خیابان طالقانی، بین خیابان ولیعصر و خیابان حافظ، پلاک ۱۱۴۷، طبقه هشتم، بیمه‌های مسئولیت

تلفن: ۱۳ - ۶۶۴۰۹۹۱۲ - ۶۶۴۰۲۷۹۱ دورنگار: ۶۶۴۰۱۵۹۰