



« سهامی عام »

www.BimehAsia.ir

Email: Masouliat@BimehAsia.ir

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای پزشکان در قبال بیماران

- تهران ، خیابان آیت اله طالقانی ، حدفاصل خیابان ولیعصر و خیابان حافظ ، ساختمان شماره ۴۰۴
- تلفن : ۱۳ و ۶۶۴۰۹۹۱۲
- فاکس : ۶۶۹۷۷۲۰۶
- کد اقتصادی : ۴۱۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

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

نام بیمه گذار : شماره ملی :
 تاریخ تولد: محل صدور: نام پدر: شماره شناسنامه:
 نوع تخصص: پزشک عمومی جراح عمومی پزشک متخصص جراح متخصص
 روزدنت پزشک اینترونشن (مداخله گر) شماره نظام پزشکی : آیا دارای مطب می باشید:
 آدرس مطب : آدرس بیمارستان/ سایر مراکز درمانی :
 آدرس منزل : تلفن :
 نشانی الکترونیکی: تلفن همراه :

مشخصات بیمه گذار

در صورتیکه 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: تزیینات 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 :

سایر فعالیت ها و سوابق بیمه گذار

بیمه نامه تمدیدی است یا خیر؟(نزد کدام شرکت): شماره بیمه نامه سال قبل:
 آیا دارای سابقه خسارت می باشید: بلی خیر
 در صورت وجود سابقه خسارت، تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت ، نقص عضو یا هزینه درمان صدمات جسمانی یا روانی گردیده است :
 فوت: نفر، طی حادثه نقص عضو: نفر، طی حادثه هزینه پزشکی: نفر، طی حادثه
 در صورت عدم خسارت، دارای چند سال تخفیف در بیمه نامه خود می باشد:

تفویضات

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 نمائید:
 الف - سرمایه ثابت به مبلغ: ریال ب- دیه سال جاری به مبلغ: ریال

مشخصات واحد صدور

نام نمایندگی : کد: واحد صدور :
 نام 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:

در صورت انتخاب بند (ب) کادر تعهدات، آیا تمایل به اخذ پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه را دارید: بلی خیر (در صورت جواب

بلی یکی از گزینه های ذیل را انتخاب فرمائید)

پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی دیه یک سال آتی

پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی دیه سه سال آتی

پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی چهار سال آتی

پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی دیه سه سال آتی

بلی خیر

آیا تمایل به اخذ پوشش مرور زمان تا شش سال را دارید:

بلی خیر

آیا تمایل به اخذ پوشش مرور زمان تا ده سال را دارید:

بلی خیر

آیا تمایل به اخذ پوشش مسئولیت منشی و تزییقاتی را دارید:

بلی خیر

آیا تمایل به اخذ پوشش جزای نقدی بدل از حبس تا سقف ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ را دارید:

اینجانب تعهد می‌نمایم که به کلیه پرسش‌های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجاکه این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه‌نامه مسئولیت مدنی حرفه‌ای پزشکان در قبال بیماران می‌باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه‌گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه‌نامه صادره، مسئول جبران خسارت خواهد بود.

نام / مهر و امضاء بیمه‌گذار:

مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری: