

قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما براساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می شود لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پیراپزشکان را مطابق با مشخصات ذیل صادر نمایید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام شود.	
مشخصات بیمه گذار	نام متقاضی: شماره شناسنامه: محل صدور: تاریخ تولد: / / ۱۳..... شماره ملی: آخرین مدرک تحصیلی: رشته تحصیلی: کدپستی: عنوان شغل: شاغل در بخش: نوع استخدام: رسمی ☐ غیر رسمی ☐ شماره پرسنلی/استخدام: نشانی منزل: تلفن: نشانی محل کار: تلفن: پست الکترونیک:
سوابق بیمه ای	شماره بیمه نامه سال قبل تاریخ انقضا / / ۱۳..... نام شرکت بیمه: آیا متقاضی، تاکنون توسط مراجع قضایی یا سازمان نظام پزشکی کشور محکوم به پرداخت خسارت ناشی از مسئولیت حرفه ای به بیماران یا ذی الحقوق آنان شده است؟ خیر ☐ بلی ☐ لطفاً در صورت پاسخ بلی، تعداد و مبالغ پرداختی را ذکر فرمایید: آیا متقاضی بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ خیر ☐ بلی ☐ لطفاً در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه را ذکر فرمایید.
مدت بیمه	مدت بیمه: از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز
تعهدات بیمه گر	لطفاً با توجه به میزان دیه که در ابتدای هر سال توسط مرجع قضایی مشخص و اعلام می شود میزان پوشش بیمه ای مورد درخواست را در زیر درج فرمایید: حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی: ریال. حداکثر تعهد بیمه گر جهت غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام: ریال. حداکثر تعهد بیمه گر جهت فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: ریال.
ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر بر اساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد.	
تاریخ تکمیل:	نام و امضای نماینده / کارگزار بیمه:
	نام و امضای بیمه گذار: