



بیمه آسیا
« سهامی عام »

www.BimehAsia.ir

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی

حرفه ای پزشکان

• تهران ، خیابان آیتاله طالقانی ، حدفاصل خیابان
نجات الهی و سپهد قرنی ، نبش کوچه صف شکن ، ساختمان
شماره ۳۱۰
• تلفن :
• کد اقتصادی :
۸۷۰۷
۴۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

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 :
تاریخ تولد : محل صدور : نام پدر :
شماره شناسنامه :
نوع تخصص : ☐ پزشک عمومی ☐ جراح عمومی ☐ پزشک متخصص ☐ جراح متخصص
☐ رزیدنت ☐ پزشک اینترونشن (مداخله گر) ☐ فلوشیپ
شماره نظام پزشکی :
آدرس مطب :
آدرس بیمارستان / سایر مراکز درمانی :
آدرس منزل :
تلفن :
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 : ☐ تزریقات ☐ 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 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 باشید :

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 فرم پیشنهاد انتخاب نمائید :
☐ الف - سرمایه ثابت به مبلغ : ریال
☐ ب - دیه سال جاری به مبلغ : ریال ماه عادی و ریال ماه حرام

تجهیزات درخواستی

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 :

مشخصات واحد صدور

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 دو سال آتی

☐ پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی دیه سه سال آتی

☐ پوشش بیمه ای افزایش ارزش ریالی دیه چهار سال آتی

☐ آیا تمایل به اخذ پوشش مرور زمان تا شش سال را دارید ؟ ☐ بلی ☐ خیر

☐ آیا تمایل به اخذ پوشش مسئولیت منشی و تزریقاتی را دارید ؟ ☐ بلی ☐ خیر

☐ آیا تمایل به اخذ پوشش انجام اعمال زیبایی را دارید ؟ ☐ بلی ☐ خیر

اینجانب تعهد می نمایم که به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجاکه 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 .

نام / مهر و امضاء بیمه گذار

مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری

تاریخ تکمیل پیشنهاد :