

متقاضی گرامی! با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می شود، خواهشمندیم موارد درخواست شده را بصورت کامل، دقیق و خوانا پاسخ داده و هیچ یک را بدون پاسخ یا خط تیره نگذارید. اگر سوالی غیر مرتبط می باشد در مقابل آن علامت ⊗ بگذارید.

نام مسئول فنی داروخانه:	کد ملی:
	تاریخ تولد: روز ماه سال
شماره نظام پزشکی:	تلفن/همراه:
کد پستی:	نماینده‌گی / کارگزار:
نشانی:	کد:

مشخصات پیشنهاد دهنده

نام داروخانه‌هایی که مسئولیت فنی آنها به شما واگذار شده است را بنویسید:

ردیف	نام داروخانه	ساعات کار	نشانی
۱		روزکار <input type="checkbox"/> شبانه روزی <input type="checkbox"/>	
۲		روزکار <input type="checkbox"/> شبانه روزی <input type="checkbox"/>	
۳		روزکار <input type="checkbox"/> شبانه روزی <input type="checkbox"/>	
۴		روزکار <input type="checkbox"/> شبانه روزی <input type="checkbox"/>	

آیا تاکنون برگ صلاحیت مسئولیت فنی شما تعلیق گردیده است؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن علت آن را توضیح دهید:

مشخصات داروخانه

تاریخ دریافت برگ صلاحیت مسئول فنی: تاریخ شروع فعالیت به عنوان مسئول فنی:

آیا تاکنون بیمه نامه مسئولیت در این زمینه داشته‌اید؟ بلی خیر (در صورت مثبت بودن شرح دهید):آیا تا به حال درخواست بیمه نامه مسئولیت حرفه ای داشته‌اید که مورد قبول نگرفته باشد؟ بلی خیر

آیا تا به حال در رابطه با مسئولیت حرفه ای شما از جانب مشتریان یا مصرف کنندگان دارو ادعایی علیه شما در مراجع قضایی یا خارج از مراجع قضایی مطرح گردیده

است؟ بلی خیر (در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل فرمایید)

مبلغ مورد ادعا	موضوع ادعا		علت طرح ادعا		تاریخ ادعا
	تشدید یا عدم بهبود بیماری	فوت یا نقص عضو	اشتباه در درج میزان مصرف	ارائه داروی اشتباهی	

سابقه بیمه و خسارت

ریال.	حداکثر تعهد مورد درخواست برای هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه:		
ریال.	حداکثر تعهد مورد درخواست برای غرامت فوت و نقص برای هر نفر در هر حادثه:		
ریال.	حداکثر تعهد مورد درخواست برای غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام:		
ریال.	حداکثر تعهد مورد درخواست برای هزینه پزشکی در طی دوره بیمه:		
ریال.	حداکثر تعهد مورد درخواست برای غرامت های فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه :		
<p>آیا بیمه گذار مایل به خرید پوشش های تکمیلی زیر می باشد ؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> دیه دوم یا بیشتر تا سقف ریال در طی دوره بیمه.</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پرداخت غرامت فوت و نقص عضو بدون رای دادگاه.</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پرداخت هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه وزارت بهداشت و در حد متعارف تا سقف تعهدات درخواستی.</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> جبران افزایش دیه پس از وقوع حادثه مشروط به، به روز بودن دیه بیمه نامه در زمان حادثه: (یکبار افزایش <input type="checkbox"/> دو بار <input type="checkbox"/> سه بار <input type="checkbox"/>).</p>			
از ساعت ۲۴ مورخ	تا ساعت ۲۴ مورخ	به مدت	روز.

اینجانب مسئول فنی داروخانه تعهد می نمایم که به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای مسئول فنی داروخانه می باشد ، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع ، بیمه گر می تواند مطابق مقررات رفتار نماید.

نام و امضاء پیشنهاد دهنده:

تاریخ: / / ۱۳

امضاء و مهر نماینده/کارگزار: