

# فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت حرفه ای پزشکان

شرکت سهامی بیمه معلم



----- با توجه به این که تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این برگ تعیین میگردد خواهشمند است به کلیه پرسشها بطور دقیق و کامل پاسخ دهید

نام و نام خانوادگی:

نوع تخصص:

شماره نظام پزشکی:

حداکثر میزان پوشش بیمه ای درخواستی:

در صورتی که تحت مسئولیت شما کمکهای پزشکی مانند تزریقات-جراحیهای کوچک و کمکهای اولیه صورت میگیرد لطفاً نام ببرید

تعداد تقریبی اعمال جراحی احتمالی در مدت یک سال:

آیا در خصوص حرفه شما تا کنون ادعای خسارتی علیه شما مطرح شده است

نشانی مطب:

تلفن مطب:

نشانی بیمارستان:

تلفن بیمارستان:

نشانی منزل:

تلفن منزل: