

پیشنهاد بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان و پیراپزشکان

الف) اطلاعات بیمه گذار:

نام : ..... نام خانوادگی : ..... نام پدر: ..... کد ملی : .....

تاریخ تولد : ..... / ..... / ۱۳ ..... تلفن ثابت : ..... تلفن همراه : .....

آدرس : ..... کد پستی : .....

ب) اطلاعات شغلی :

پزشک  رزیدنت  پیراپزشک  تخصص : .....

سابقه شغلی  گروه بیمه ای  محل اشتغال : .....

ج) سوابق بیمه ای

سابقه بیمه ندارم  سابقه بیمه با تخفیف به مدت ..... سال دارم . بیمه سال قبل نزد شرکت بیمه ..... بوده و اعتبار آن در تاریخ : ..... / ..... / ۱۴ به اتمام می رسد.

درخواست صدور بیمه مسئولیت ب مدت ..... روز با تعهد ۱ دیه  ۲ دیه  ۳ دیه  را دارم .

د) تأیید فرم

نام : ..... نام خانوادگی : ..... تاریخ تکمیل فرم : .....

تلفن همراه : ..... امضاء: