

پیشنهاد بیمه مسئولیت حرفه‌ای دامپزشکان

شماره سریال:

متقاضی گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. در صورت صدور بیمه‌نامه، شرط اصلی اعتبار آن صحت اطلاعات مندرج در این فرم و پاسخ‌های شما است و به آن استناد خواهد شد. همچنین، تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌کند. فرم پیشنهاد می‌بایست بدون هرگونه خط‌خوردگی، لاک‌گرفتگی، خراشیدگی، دوباره‌نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

شماره پیشنهاد:	نام و کد شعبه:	نام و کد نماینده / کارگزار:	تاریخ درخواست:
پیشنهاد	نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده:	کد اختصاصی بیمه‌گذار:	
قرارداد	چنانچه قرارداد یا تفاهم‌نامه‌ای جداگانه‌ای برای پیشنهاد فوق منعقد گردیده است موارد زیر را تکمیل نمایید: عنوان قرارداد/ تفاهم‌نامه: شماره قرارداد/ تفاهم‌نامه: تاریخ عقد قرارداد/ تفاهم‌نامه:		
موضوع بیمه‌نامه	عبارتست از بیمه مسئولیت مدنی بیمه‌گذار در قبال اشخاص ثالث، بدین معنی که بر اثر هرگونه قصور، خطا، اشتباه یا غفلت در جریان اجرای وظایف وی، در محدوده مکانی و زمانی مندرج در بیمه‌نامه سبب تلف شدن دام و خسارت مالی به اشخاص ثالث (صاحبان دام) گردد و بیمه‌گذار طبق رأی مراجع قضایی مسئول و ملزم به جبران خسارت گردد بیمه‌گر پس از احراز مسئولیت بیمه‌گذار با رعایت شرایط و استثنائات و اوراق پیوست و قوانین مندرج در شرایط خصوصی و عمومی بیمه‌نامه متعهد به جبران خسارات می‌باشد.		
مشخصات بیمه‌گذار	نام بیمه‌گذار: تاریخ تولد/ثبت: کد ملی: شماره شناسنامه/ثبت: تحصیلات و رشته تحصیلی: تخصص و زمینه فعالیت: شماره‌ی نظام دامپزشکی: شماره‌ی پروانه کار: سابقه‌ی فعالیت بیمه‌گذار: تلفن ثابت: تلفن همراه: دور نگار: نشانی بیمه‌گذار: نشانی کلینیک (نشانی باید ختم به پلاک / پلاک ثبتی یا کدپستی باشد): تلفن کلینیک: نشانی بیمارستان (نشانی باید ختم به پلاک / پلاک ثبتی یا کدپستی باشد): تلفن مطب:		
مشخصات	تعداد دام‌هایی که جهت مداوا ارجاع می‌گردند به طور متوسط در یک سال آیا ارائه‌ی خدمات دامپزشکی منحصر به دام خاصی می‌باشد؟ بله خیر (در صورتی که پاسخ مثبت می‌باشد، نوع دام یا دام‌ها را به شرح ذیل اعلام نمایید) نوع تخصص بیمه‌گذار را اعلام نمایید. <input type="checkbox"/> متخصص <input type="checkbox"/> عمومی نوع اعمالی که بر دام‌ها صورت می‌گیرد را بیان نمایید. <input type="checkbox"/> مداوا <input type="checkbox"/> جراحی <input type="checkbox"/> تشخیص <input type="checkbox"/> تجویز دارو <input type="checkbox"/> درمان <input type="checkbox"/> جراحی و جراحی <input type="checkbox"/> مامایی <input type="checkbox"/> اعمال جراحی		
سابقه بیمه‌ای و خسارات	طی یک سال گذشته پوشش بیمه مسئولیت داشته‌اید؟ در صورت مثبت بودن شماره بیمه‌نامه و بیمه‌گر قبلی خود را مرقوم فرمایید. شرکت بیمه سال قبل: شماره بیمه‌نامه سال قبل: آیا در ۵ سال گذشته، در رابطه با مسئولیت حرفه‌ای شما از جانب مراجعین، ادعایی علیه شما در مراجع قضایی یا خارج از مراجع قضایی مطرح گردیده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله (در صورت مثبت بودن پاسخ، شرح کاملی از علت، نوع حادثه، تاریخ و مبلغ خسارت را ذکر نمایید). شرح خسارت توسط بیمه‌گذار:		
تایید بیمه‌گذار	امضاء و توضیحات کارشناس صدور: مهر و امضاء و اثر انگشت پیشنهاد دهنده:		

نام و نام خانوادگی بیمه شده:	کد ملی بیمه شده:	
تعهدات درخواستی	۱- تعهد مالی در هر حادثه ۲- تعهد مالی در طول مدت بیمه نامه ریال _____ ریال _____	
مدت بیمه	مدت بیمه نامه: _____ روز از تاریخ: _____ تا تاریخ: _____ تذکر: محاسبه ی حق بیمه در بیمه نامه های کمتر از یک سال طبق تعرفه ی کوتاه مدت انجام می گیرد.	
نحوه پرداخت حق بیمه	نحوه پرداخت حق بیمه: <input type="checkbox"/> نقد <input type="checkbox"/> اقساط شرح اقساط: _____ درصد معادل _____ ریال به صورت نقد و مابقی در _____ قسط متوالی مساوی ماهانه شروع و اعتبار پوشش بیمه ای و اجرای تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه به ترتیبی است که در شرایط خصوصی و اعلامیه بدهکار بیمه نامه پیش بینی شده است در غیر این صورت خسارت به نسبت حق بیمه پرداختی به حق بیمه ای که باید پرداخت می شد، محاسبه می گردد. جهت اعتبار بیمه نامه انجام تعهدات از سوی بیمه گذار مقدم بر انجام تعهدات از سوی شرکت بیمه می باشد.	
مهر و امضای بیمه گذار	توضیحات تکمیلی بیمه گذار: _____ _____	
مهر و امضای بیمه گر	اینجانب _____ بدینوسیله تایید می نمایم که کلیه اطلاعاتی را که در خصوص مورد بیمه در ارزیابی خطر موثر است در زمان عقد قرارداد یا در جریان آن (اعم از اینکه این اطلاعات در فرم پیشنهاد درخواست شده باشد یا خیر)، باکمال صداقت و درستی اظهار نمایم به طوری که بیمه گر با بهره گیری از این اطلاعات بتواند اهمیت خطری را که مورد پوشش قرار می دهد را تشخیص دهد. موافقت می گردد این پرسشنامه و شرایط عمومی ابلاغی بیمه مرکزی اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد. امضای این برگه بدون صدور بیمه نامه به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و پیشنهاد دهنده نمی باشد. تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد: _____ نام و نام خانوادگی / مهر / امضاء / اثر انگشت بیمه گذار: _____	
ملاحظات بیمه گر	مهر و امضای معرف: _____ امضاء و توضیحات کارشناس صدور: _____	
<p>توجه: متقاضی گرامی، ضمن تشکر از انتخاب شرکت بیمه دی، در صورت پذیرش درخواست شما و تخصیص شناسه واریز بانکی و واریز اولین قسط حق بیمه به حساب شرکت بیمه دی، بیمه نامه شما به استناد رسید نقدی واریزی از ساعت ۲۴ روز واریز معتبر است و شما به خانواده بزرگ بیمه گذاران عمر بیمه دی خواهید پیوست.</p>		