

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار:	کد نمایندگی:			
	کد ملی/کد اقتصادی:	تاریخ تولد/تاسیس:	کد پستی:		
	نشانی:	کارگزار:	خانم/آقای:		
	تلفن:	تلفن همراه:	نمبر:		
مدت	مدت بیمه نامه: روز/سال. تاریخ شروع بیمه نامه: از ساعت ۲۴ مورخ تاریخ پایان بیمه نامه: تا ساعت ۲۴ مورخ				
مشخصات فعالیت	نام داروخانه هایی که مسئولیت فنی آن ها به شما واگذار شده است:				
	ردیف	نام داروخانه	ساعات کار	نشانی	
تاریخ دریافت برگ صلاحیت مسئول فنی: تاریخ شروع فعالیت به عنوان مسئول فنی داروخانه:					
<p>آیا غیر از فروش دارو، در زمینه ساخت داروهای ترکیبی نیز فعالیت می نمایند؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p>آیا تاکنون برگ صلاحیت مسئول فنی شما تعلیق گردیده است؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p>آیا در خصوص محصولات آرایشی و زیبایی نیز مسئولیتی دارید؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p>در صورتی که پاسخ مثبت می باشد، علت آن را توضیح دهید:</p>					
سوابق خسارت	آیا تا به حال درخواست بیمه نامه مسئولیت حرفه ای داشته اید که مورد قبول بیمه گر قرار نگرفته باشد؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> علت:				
	شماره بیمه نامه سال قبل: نام بیمه گر قبلی:				
	آیا تا به حال در رابطه با مسئولیت حرفه ای شما از جانب مشتریان یا مصرف کنندگان دارو یا سایر محصولات، ادعایی در مراجع قضایی یا خارج از مراجع قضایی مطرح گردیده است؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> در صورتی که پاسخ مثبت می باشد جدول زیر تکمیل گردد:				
تاریخ ادعا	ارائه داروی اشتباه	اشتباه در درج میزان مصرف	منجر به فوت / نقص عضو	تشدید یا عدم بهبود بیماری	مبلغ مورد ادعا (ریال)
میزان تعهدات	الف: در هر حادثه:		ب: در طی دوره بیمه نامه:		
	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه های عادی:	ریال	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو:	ریال	
	حداکثر تعهد فوت برای هر نفر در ماه های حرام:	ریال	حداکثر تعهد هزینه های پزشکی:	ریال	
تاییدیه بیمه گذار	اینجانب به عنوان بیمه گذار/نماینده بیمه گذار تعهد می نمایم که اظهارات مندرج در این پیشنهاد بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای مسئول فنی داروخانه تنظیم گردیده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند مطابق مقررات رفتار نماید. لذا موافقت می گردد این پیشنهاد مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد.				
	تاریخ تکمیل پیشنهاد: نام، امضاء و مهر بیمه گذار:				
این قسمت توسط نمایندگی/واحد صدور تکمیل می گردد:					
مهر و امضاء و کد نمایندگی/واحد صدور: تاریخ دریافت پیشنهاد:					