

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مسئول فنی بیمارستان، کلینیک و درمانگاه در قبال اشخاص ثالث

پیشنهاد	شماره پیشنهاد:	تاریخ پیشنهاد:/...../.....
	نام معرف:	کد معرف:
بیمه گذار	بیمه گذار (حقیقی و حقوقی):	کد ملی/شماره ثبت:
	شماره شناسنامه:	سال تولد:/...../..... محل صدور:
نشانی	نشانی بیمه گذار:	شماره نظام پزشکی:
	بیمارستان / کلینیک / درمانگاه:	تلفن / دورنگار:
مشخصات و امکانات مرکز درمانی	نام مرکز درمانی:	نوع فعالیت: عمومی <input type="checkbox"/> تخصصی <input type="checkbox"/> فوق تخصصی <input type="checkbox"/>
	تعداد بخش بیمارستان:	تعداد تخت بیمارستان:
سابقه بیمه‌ای و خسارتی	زمان فعالیت: روزانه <input type="checkbox"/> شبانه‌روزی <input type="checkbox"/>	تعداد طبقات مرکز درمانی:
	تعداد آسانسورها:	ظرفیت آسانسورها:
تعداد طبقات مرکز درمانی	آیا ساختمان مرکز درمانی مجهز به سیستم تأمین برق اضطراری می‌باشد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
	آیا ساختمان مرکز درمانی مجهز به امکانات و سیستم اطفاء حریق می‌باشد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
تعداد آسانسورها	۱- چنانچه سابقه بیمه‌ای دارید، مدت بیمه و شرکت‌های بیمه طرف قرارداد را ذکر نمایید.	
	۲- چنانچه در سال‌های گذشته حادثه‌ای که منجر به فوت یا نقص عضو بیماران یا مراجعین شما گردیده و در سازمان نظام پزشکی و مراجع قضایی محکوم به پرداخت غرامت شده‌اید، تعداد و مبالغ هر یک را (به صورت مصالحه و یا محکومیت قطعی) ذکر نمایید.	
تعداد طبقات مرکز درمانی	نوع پوشش	نقص عضو
	درخواستی	تعهدات
مدت بیمه	۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه	در ماه‌های عادی
	۲- غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه	در ماه‌های حرام
مهر و امضا بیمه گذار	مدت بیمه درخواستی:روز	ریال
	به این وسیله تأیید و گواهی می‌نمایم:	ریال
ملاحظات بیمه گر	۱- کلیه اظهارات فوق مبتنی بر واقعیت بوده و موافقت می‌شود که اساس و مبنای صدور بیمه نامه توسط بیمه قرار گیرد.	ریال
	۲- این پرسشنامه جزء لاینفک بیمه نامه است و به تنهایی هیچگونه تعهدی را برای شرکت بیمه ایجاد نمی‌نماید.	ریال
نام / مهر و امضاء بیمه‌گذار		نام و امضاء
مهر و امضاء معرف		مهر و امضاء معرف