

فرم پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مسئولین فنی

(بیمارستان، داروخانه، درمانگاه و کلینیک)

خواهشمند است بیمه‌نامه مسئولیت مدنی با مشخصات زیر صادر نمائید. ضمناً تعهد می‌نمایم نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد. تنها حوادثی که در محدوده مکانی و زمانی بیمه‌نامه رخ دهد و بیمه‌گذار مسئول آن شناخته شود، تحت پوشش این بیمه‌نامه خواهد بود.

نام مسئول فنی: -----	کد ملی: -----
تاریخ تولد: روز ----- ماه ----- سال -----	شماره شناسنامه: -----
کدپستی: -----	تلفن / همراه: -----
شماره نظام پزشکی/صلاحیت حرفه‌ای: -----	نوع تخصص: -----
نشانی: -----	
نام بیمارستان/درمانگاه/کلینیک/داروخانه: -----	
شناسه ملی: -----	شماره اقتصادی: -----
تلفن: -----	کدپستی: -----
نشانی: -----	
مالکیت بیمارستان/درمانگاه/کلینیک/داروخانه: <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی	
نوع فعالیت: روزکار <input type="checkbox"/> شبانه روزی <input type="checkbox"/>	ظرفیت تخت: -----
سال ساخت ابنیه ساختمانی: -----	سال بهره برداری: -----
زیربنا: ----- مترمربع	تعداد طبقات: -----
تعداد آسانسور: -----	ظرفیت آسانسور: -----
تعداد کادر پزشکی: -----	تعداد کادر اداری و خدماتی: -----
آیا پزشکان دارای بیمه‌نامه مسئولیت حرفه‌ای می‌باشند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نام بیمه‌گر: -----
تعداد بخش‌ها: -----	بخش جراحی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
بیمارستان/درمانگاه/کلینیک/داروخانه: تخصصی است <input type="checkbox"/> عمومی است <input type="checkbox"/>	
آیا ساختمان‌ها مجهز به سیستم تأمین برق اضطراری می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
آیا ساختمان‌ها مجهز به امکانات و سیستم اطفاء حریق می‌باشند: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
آیا ساختمان بیمارستان/درمانگاه/کلینیک/داروخانه تحت پوشش بیمه‌نامه آتش‌سوزی می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
نام بیمه‌گر: -----	شماره بیمه‌نامه: -----

آیا در ارتباط با موضوع بیمه، تاکنون ادعای غرامت علیه بیمارستان/درمانگاه/کلینیک/داروخانه مطرح شده است؟

بلی خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد مبالغ و نوع ادعا را در جدول مرقوم فرمایید :

جدول ۱- سابقه خسارت

نام مدعی	موضوع ادعا	مبالغ پرداختی (ریال)

مدت بیمه : ----- روز ----- از تاریخ ----- تا تاریخ -----

حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه : ----- ریال

حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت هزینه پزشکی در طول مدت بیمه‌نامه : ----- ریال

حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه (ماه عادی) : ----- ریال

حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت غرامت فوت هر نفر در هر حادثه (ماه حرام) : ----- ریال

حداکثر تعهد بیمه‌گر بابت غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه‌نامه : ----- ریال

ضمناً اعلام می‌دارد که اظهارات فوق‌الذکر براساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه‌نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می‌شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه‌نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

تاریخ:

نماینده / کارگزار :

نام و امضاء بیمه‌گذار :