

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مسئول فنی  
(بیمارستان ها، کلینیک ها و درمانگاه ها)



قابل توجه بیمه گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما براساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می شود لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمایید.

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی را مطابق با مشخصات ذیل صادر نمایید. ضمناً تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام شود.		
مشخصات بیمه گذار	نام مسئول فنی: شماره ملی: نام پدر: شماره شناسنامه: تاریخ تولد: / / ۱۳ نوع تخصص: شماره نظام پزشکی: نشانی: کد پستی: پست الکترونیک: تلفن: دورنگار: تلفن همراه:	
	نام بیمارستان/ درمانگاه/ کلینیک: شماره اقتصادی: شماره ثبت: تاریخ ثبت: / / ۱۳ نشانی: پست الکترونیک: تلفن: دورنگار: مالکیت بیمارستان/ درمانگاه/ کلینیک: خصوصی <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> بیمارستان/ درمانگاه/ کلینیک، شبانه روزی است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> زیر بنا: متر مربع تعداد طبقات: سال ساخت ابنیه ساختمانی: / / ۱۳ سال بهره برداری: / / ۱۳ تعداد آسانسورها: ظرفیت آسانسورها: تعداد تخت: تعداد کادر پزشکی: تعداد کادر اداری و خدماتی: تعداد بخش ها: بخش جراحی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> بیمارستان/ درمانگاه/ کلینیک: تخصصی است <input type="checkbox"/> عمومی است <input type="checkbox"/> آیا ساختمان ها مجهز به سیستم تأمین برق اضطراری هستند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا ساختمان ها مجهز به امکانات و سیستم اطفای حریق هستند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا ساختمان و ابنیه بیمارستان/ درمانگاه/ کلینیک تحت پوشش بیمه نامه آتش سوزی هستند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نزد کدام شرکت بیمه: آیا پزشکان بیمارستان تحت پوشش بیمه نامه مسئولیت حرفه ای هستند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نزد کدام شرکت بیمه:	
مشخصات مرکز درمانی	آیا قبلاً دارای بیمه نامه مسئولیت بوده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت بیمه و شماره بیمه نامه خود را ذکر فرمایید. آیا در ارتباط با موضوع بیمه، تاکنون ادعای غرامت علیه بیمه گذار مطرح شده است؟ (تعداد، مبلغ و نوع ادعا را دقیقاً شرح دهید)	
	ردیف	موضوع مورد ادعا
سابقه بیمه ای	۱-	مبالغ پرداختی یا در جریان رسیدگی
	۲-	
	۳-	
مدت بیمه	آیا متقاضی، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> لطفاً در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه را ذکر فرمایید.	
	مدت بیمه: روز	از تاریخ: / / ۱۳ تا تاریخ: / / ۱۳
بیمه گر تعهدات	پوشش بیمه ای مورد تقاضا در رابطه با فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه (ماه های عادی): ریال.	
	پوشش بیمه ای مورد تقاضا در رابطه با فوت برای هر نفر در هر حادثه (ماه های حرام): ریال.	
	پوشش بیمه ای مورد تقاضا در رابطه با فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: ریال.	
ضمناً اعلام می دارد که اظهارات فوق الذکر با اطلاع از شرح وظایف قانونی مسئول فنی و براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام گردیده، لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد.		
تاریخ تکمیل:	نام و امضاء نماینده /کارگزار بیمه:	نام و امضای مسئول فنی:

FO-LI-30-01