



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

شماره سند: FM-LI-40/01
تاریخ: / /
پیوست:
صفحه: ۱ از ۱

خواهشمند است بیمه نامه مسئولیت مدنی با مشخصات زیر صادر نمائید. ضمناً تعهد مینماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد:

نام مسئول فنی:		شماره ملی:	
شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:	نوع تخصص:	شماره نظام پزشکی:
نشانی: استان	شهر	منطقه شهرداری	خیابان
	پلاک	شماره پستی	
پست الکترونیک:	تلفن	دورنگار	تلفن همراه
نام بیمارستان / درمانگاه / کلینیک:			
شماره اقتصادی:			
نشانی: استان	شهر	منطقه شهرداری	خیابان
	پلاک	شماره پستی	
پست الکترونیک:	تلفن	دورنگار	
مالکیت بیمارستان / درمانگاه / کلینیک:	<input type="checkbox"/> خصوصی	<input type="checkbox"/> دولتی	
روزکار <input type="checkbox"/>	شبهانه روزی <input type="checkbox"/>	سال ساخت ابنیه ساختمانی:	سال بهره برداری:
زیر بنا:	متر مربع	تعداد طبقات:	
تعداد آسانسورها:	ظرفیت آسانسورها:	تعداد تخت:	
تعداد کادر پزشکی:	تعداد کادر اداری و خدماتی:		
تعداد بخشها:	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 می باشند؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	
آیا ساختمان ها مجهز به امکانات و سیستم اطفاء حریق می باشند؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	
آیا ساختمان و ابنیه بیمارستان / درمانگاه / کلینیک تحت پوشش بیمه نامه آتش سوزی می باشد؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	
نزد کدام شرکت بیمه:			
آیا پزشکان بیمارستان تحت پوشش بیمه نامه مسئولیت حرفه ای می باشند؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	نزد کدام شرکت بیمه:
آیا در ارتباط با موضوع بیمه، تاکنون ادعای غرامت علیه بیمارستان / درمانگاه / کلینیک مطرح شده است؟ (تعداد مبالغ و نوع ادعا را دقیقاً شرح دهید)			
نام مدعی	موضوع ادعا	مبالغ پرداختی	
مدت بیمه:	روز	از تاریخ	تا تاریخ
پوشش بیمه ای مورد تقاضا در رابطه با فوت، نقص عضو، از کارافتادگی و سایر صدمات بدنی هر نفر (بیماران و اشخاص ثالث)			

بدینوسیله تأید و گواهی می شود پرسشنامه فوق با اطلاع از شرح وظایف قانونی مسئول فنی بدرستی منطبق با واقعیت و براساس حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه تکمیل گردیده، لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

نام و امضاء بیمه گذار:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

تاریخ تکمیل: