



## پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای مسئول فنی بیمارستان، درمانگاه و کلینیک

پیشنهاد دهنده (بیمه گذار) محترم، نظر به اینکه مفاد بیمه نامه و تعهدات بیمه گر بر مبنای اطلاعات ارائه شده در این فرم میباشد، خواهشمند است نسبت به ارائه پاسخ صحیح و کامل به تمامی سئوالات، در نهایت حسن نیت اقدام فرمائید.

مشخصات پیشنهاد دهنده	نام پیشنهاد دهنده (حقیقی <input type="checkbox"/> حقوقی <input type="checkbox"/> ):	کد ملی/شناسه ملی:
	تاریخ تولد/ثبت: / /	شماره شناسنامه/ثبت:
	نشانی: استان:	شهر:
	تلفن ثابت (به همراه کد):	دورنگار:
	پست الکترونیک/وب سایت:	خیابان:
		کوچه:
		کد پستی:
		تلفن همراه:
		پلاک/شماره:

مشخصات محل مورد بیمه	نام مرکز درمانی:	سال تاسیس:	
	نوع مرکز درمانی: بیمارستان <input type="checkbox"/> درمانگاه <input type="checkbox"/> کلینیک تخصصی <input type="checkbox"/> کلینیک فوق تخصصی <input type="checkbox"/> مراکز محدود <input type="checkbox"/>	نوع تخصص:	شماره نظام پزشکی:
	نوع فعالیت مرکز درمانی: عمومی <input type="checkbox"/> تخصصی <input type="checkbox"/> فوق تخصصی <input type="checkbox"/> شبانه روزی <input type="checkbox"/>	تعداد بخش مرکز درمانی:	تعداد تخت مرکز درمانی:
	تعداد کادر پزشکی:	تعداد کادر اداری و خدماتی:	تعداد کادر پزشکی:
	تعداد کادر پزشکی:	تعداد کادر اداری و خدماتی:	تعداد کادر پزشکی:
	تعداد کادر پزشکی:	تعداد کادر اداری و خدماتی:	تعداد کادر پزشکی:
	تعداد کادر پزشکی:	تعداد کادر اداری و خدماتی:	تعداد کادر پزشکی:
	تعداد کادر پزشکی:	تعداد کادر اداری و خدماتی:	تعداد کادر پزشکی:
	تعداد کادر پزشکی:	تعداد کادر اداری و خدماتی:	تعداد کادر پزشکی:
	تعداد کادر پزشکی:	تعداد کادر اداری و خدماتی:	تعداد کادر پزشکی:

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

سوابق بیمه ای و خسارت	۱. آیا دارای سابقه بیمه مسئولیت حرفه ای مسئول فنی بیمارستان، درمانگاه و کلینیک می باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، نام شرکت بیمه گر قبلی، شماره بیمه نامه و تاریخ شروع و انقضاء بیمه نامه را ذکر فرمائید.
	۲. آیا در ارتباط با موضوع بیمه تاکنون ادعای غرامت علیه مرکز درمانی مطرح شده است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ تعداد، مبلغ و نوع ادعا را به تفکیک بیان فرمائید.

درخواستی تعهدات	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو و ازکارافتادگی برای هر نفر در هر حادثه: ..... ریال.
	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو و ازکارافتادگی در طول مدت بیمه نامه: ..... ریال.

تأییدیه پیشنهاد دهنده	صحت پاسخ های ارائه شده مورد تأیید است. نام، مهر و امضای پیشنهاد دهنده: تاریخ:
شعبه/نماینده/کارگزار	مهر و امضاء: تاریخ: