

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:	
تهدیدات درخواستی	آیا ساختمان مرکز درمانی مجهز به سیستم تأمین برق اضطراری می‌باشد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
	آیا ساختمان مرکز درمانی مجهز به امکانات و سیستم اطفاء حریق می‌باشد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
مدت بیمه	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 مبلغ هر یک را (به صورت مصالحه و یا محکومیت قطعی) ذکر نمایید.		
مهر و امضا بیمه گذار	نوع پوشش	نقص عضو	
	۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه	ریال	در ماه‌های عادی
ملاحظات بیمه گر	۲- غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه	ریال	در ماه‌های حرام
	مدت بیمه درخواستی: روز		
به این وسیله تأیید و گواهی می‌نمایم:			
۱- کلیه اظهارات فوق مبتنی بر واقعیت بوده و موافقت می‌شود که اساس و مبنای صدور بیمه‌نامه توسط بیمه البرز قرار گیرد.			
۲- این پرسشنامه جزء لاینفک بیمه‌نامه است و به تنهایی هیچگونه تعهدی را برای شرکت بیمه البرز ایجاد نمی‌نماید.			
نام / مهر و امضاء بیمه گذار			
مهر و امضاء معرف		نام و امضاء	