

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسوولیت مدنی مسوول فنی مراکز درمانی (بیمارستانها، کلینکها و درمانگاهها)

اینجانب : دارای کد اختصاصی :

با آگاهی از شرایط عمومی بیمه مسوولیت مدنی مسوول فنی مراکز درمانی و تایید صحت اظهارات مندرج در پرسشنامه و پیشنهاد بیمه، تقاضای صدور بیمه نامه بر اساس مندرجات ذیل را داشته و همچنین موافقت دارد که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

کد و نام معرف:		کد و نام واحد صدور:	
<small>مشخصات پیشنهاد دهنده بیمه</small>	نام مسؤل فنی :	نوع تخصص:	
	نشانی :	شماره نظام پزشکی:	
<small>مشخصات فعالیت</small>	تلفن تماس : (ثابت)	(همراه)	
	نام بیمارستان / درمانگاه / کلینیک:	(فاکس)	
<small>مشخصات بیمارستان</small>	نشانی :	تلفن:	
	نوع بیمارستان / درمانگاه / کلینیک	عمومی تخصصی روز کار شبانه روز	
	سال ساخت ابنیه ساختمانی:	سال بهره برداری:	
	تعداد طبقات:	تعداد آسانسور:	
	تعداد تخت:	تعداد کادر پزشکی:	
	تعداد بخش ها:	بخش جراحی: دارد ندارد	
<small>پرسشهای عمومی</small>	<p>۱- آیا ساختمانها مجهز به سیستم برق اضطراری می باشند؟</p> <p>۲- آیا ساختمانها مجهز به امکانات و سیستم اطفاء حریق می باشند؟</p> <p>۳- آیا نگهداری از تأسیسات برقی و مکانیکی صورت می گیرد؟ (نام مؤسسه نگهدارنده را بیان نمایید.)</p> <p>۴- آیا تا کنون در ارتباط با موضوع بیمه علیه مراکز درمانی / مسوول فنی ادعای غرامت شده است؟ تعداد، مبلغ و نوع ادعا را دقیقاً شرح دهید:</p>		
<small>مدت</small>	از تاریخ..... لغایت تاریخ..... به مدت.....		
<small>تیمه های بیمه</small>	<p>۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه ماه های عادی ریال</p> <p>۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه ماه های حرام ریال</p> <p>۳- غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه ریال</p> <p>۴- هزینه پزشکی برای هر نفر ریال</p> <p>۵- هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه ریال</p>		
<small>سایر اطلاعات</small>			

امضاء

تاریخ :