

پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای مسئولین فنی بیمارستانها ، کلینیکها و درمانگاهها

متقاضی محترم با توجه به اینکه تعهدات بیمه گر و میزان حق بیمه بر اساس اظهارات مندرج در این فرم تعیین می گردد. خواهشمند است به کلیه پرسشهای مطروحه زیر بطور دقیق و کامل پاسخ دهید.

نام و کد معرف :	
۱- مشخصات متقاضی	
۱/۱- نام و نام خانوادگی مسئول فنی :	
۱/۲- کد ملی :	۱/۳- شماره شناسنامه :
۱/۴- نام پدر :	۱/۵- تاریخ تولد :
۱/۶- محل صدور :	۱/۷- رشته و مدرک تحصیلی :
۱/۸- نوع تخصص :	۱/۹- شماره نظام پزشکی :
۱/۱۰- نشانی :	
تلفن ثابت :	تلفن همراه :
نمبر :	کدپستی :
۲- مشخصات مرکز درمانی محل اشتغال	
۲/۱- نام بیمارستان / درمانگاه / کلینیک :	
۲/۲- نشانی بیمارستان / درمانگاه / کلینیک :	
تلفن :	نمبر :
۲/۳- سال ساخت و بهره برداری :	۲/۴- زیر بنا / تعداد طبقات :
۲/۵- تعداد تختها :	۲/۶- تعداد بخشها :
۲/۷- تعداد آسانسور: ظرفیت آسانسورها:	۲/۸- زمان فعالیت : روزانه <input type="checkbox"/> شبانه روزی <input type="checkbox"/>
۲/۹- تعداد کادر پزشکی :	۲/۱۰- تعداد کادر اداری و خدماتی:
۲/۱۱- آیا مرکز درمانی بخش جراحی دارد یا خیر ؟	
۲/۱۳- آیا ساختمانها مجهز به سیستم تامین برق اضطراری می باشند؟	
۲/۱۴- آیا ساختمانها مجهز به امکانات و سیستم اطفاء حریق می باشند؟	
۳- سوابق بیمه ای	
۳/۱- چنانچه تا کنون سابقه بیمه ای داشته اید مدت و نام شرکت بیمه را ذکر نمایید .	
۳/۲- آیا در خصوص وظیفه حرفه ای شما تا کنون ادعای خسارتی علیه شما مطرح شده است ؟ در صورتیکه پاسخ مثبت می باشد شرح دهید.	
۳/۳- آیا ساختمان و ابنیه بیمارستان/درمانگاه / کلینیک تحت پوشش بیمه نامه آتش سوزی می باشد؟ (توضیح دهید)	
۴- مدت و میزان تعهد مورد درخواست	
۴/۱- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران خسارت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی ریال	
۴/۲- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران خسارت فوت هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام ریال	
۴/۳- حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه ریال	
۴/۴- مدت زمان پوشش بیمه ای مورد درخواست ماه می باشد.	
اینجانب بدینوسیله اعلام میدارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از گفتن هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است . همچنین موافقت می شود که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.	
امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر و یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.	

مهر و امضای نماینده :

نام و امضای متقاضی :

تاریخ :