



پرسش نامه و پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت حرفه ای مسئول فنی بیمارستان / درمانگاه / کلینیک / داروخانه

این پرسش نامه و پیشنهاد، اساس انعقاد قرارداد بیمه بوده و بیمه نامه بر اساس اطلاعات مندرج در آن صادر می گردد، بنابراین لازم است در تکمیل آن دقت کافی بعمل آید.

1- نام مسئول فنی : نوع تخصص : شماره نظام پزشکی :

2- نام بیمارستان / درمانگاه / کلینیک / داروخانه : عمومی است تخصصی است

نشانی : تلفن : دورنگار :

3- مالکیت بیمارستان / درمانگاه / کلینیک / داروخانه : دولتی خصوصی

روزکار شبانه روزی سال ساخت ابنیه ساختمانی :

سال بهره برداری : زیربنا : تعداد طبقات :

تعداد آسانسورها : ظرفیت آسانسورها : تعداد تخت :

تعداد کادر پزشکی : تعداد کادر اداری و خدماتی :

تعداد بخش ها : بخش جراحی : دارد ندارد

4- آیا ساختمانها مجهز به امکانات و سیستم اطفاء حریق می باشند؟ بلی خیر

5- آیا ساختمانها مجهز به سیستم تأمین برق اضطراری می باشند؟ بلی خیر

6- آیا ساختمان و ابنیه بیمارستان / درمانگاه / کلینیک / داروخانه تحت پوشش بیمه نامه آتش سوزی می باشد؟

بلی خیر نزد کدام شرکت بیمه :

7- آیا در ارتباط با موضوع بیمه، تاکنون ادعای غرامت علیه بیمارستان / درمانگاه / کلینیک / داروخانه مطرح شده است؟ (تعداد، مبالغ و نوع ادعا را دقیقاً شرح دهید)

مدت بیمه: از ساعت 24 روز : الی ساعت 24 روز :

میزان تعهد مورد درخواست را تعیین و در جدول ذیل قید نمایید :

شـــــرح	حداکثر مبلغ (ریال)
جبران خسارت فوت و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی	
جبران خسارت فوت هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام	
جبران خسارت فوت و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی طی دوره بیمه	
جبران هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	
جبران هزینه های پزشکی طی دوره بیمه	

بدینوسیله تأیید و گواهی می شود پرسش نامه فوق با اطلاع از شرح وظایف قانونی مسئول فنی بدرستی و منطبق با واقعیت پاسخ داده شده است .
نام مسئول فنی: تاریخ تنظیم وامضاء:

اعتبار این پیشنهاد منوط به صدور بیمه نامه می باشد و این ورقه به تنهایی موجد هیچ گونه حقی برای بیمه گذار و یا منشاء هیچ گونه تعهدی برای بیمه گر نخواهد بود و در صورت وجود اختلاف در متن بیمه نامه و این پیشنهاد، بیمه نامه حاکمیت خواهد داشت.

نماینده / کارگزار:

مهر و امضاء نماینده / کارگزار:

بازاریاب: