

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: / / ۱۳..... محل صدور: شماره نظام پزشکی:	
نشانی	نشانی بیمه گذار:			
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:	
سابقه بیمه‌ای و خسارتی	تعداد تخت بیمارستان:		تعداد طبقات مرکز درمانی:	
	زمان فعالیت: روزانه <input type="checkbox"/> شبانه‌روزی <input type="checkbox"/>		تعداد آسانسورها:	
تعمیرات درخواستی	تعداد آسانسورها:		ظرفیت آسانسورها:	
	آیا ساختمان مرکز درمانی مجهز به سیستم تأمین برق اضطراری می‌باشد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		آیا ساختمان مرکز درمانی مجهز به امکانات و سیستم اطفاء حریق می‌باشد؟ بله <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 مبالغ هر یک را (به صورت مصالحه و یا محکومیت قطعی) ذکر نمایید.			
بیمه گذار امضاء	نوع پوشش		نقص عضو	
	۱- غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه		فوت	
ملاحظات بیمه گر	۲- غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه		در ماه‌های عادی	
	مدت بیمه درخواستی:روز		در ماه‌های حرام	
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 بیمه‌گذار				
نام و امضاء				
مهر و امضاء معرف				