



(سهامی عام)

فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای مسئول فنی بیمارستان، کلینیک، درمانگاه در قبال اشخاص ثالث

شماره شناسایی سند: PI24F190

شماره بازنگری: 03

نام بیمه گذار (مسئول فنی): شماره نظام پزشکی:	کد نمایندگی:
کد ملی/کد اقتصادی: تاریخ تولد/تاسیس: کد پستی:	خانم/آقای:
نشانی:	کارگزار:
تلفن: تلفن همراه: شماره:	واحد صدور:

مدت بیمه نامه: روز/سال. تاریخ شروع بیمه نامه: از ساعت ۲۴ مورخ تاریخ پایان بیمه نامه: تا ساعت ۲۴ مورخ

نام مرکز درمانی: نوع مرکز درمانی: تخصصی عمومی فوق تخصصی

تعداد: مسئول فنی دارد که در: شیفت فعالیت می نمایند. (ذکر مشخصات مسئولین فنی)

۱- نام و نام خانوادگی: شماره نظام پزشکی:

۲- نام و نام خانوادگی: شماره نظام پزشکی:

چنانچه مرکز درمانی بیمارستان می باشد، تعداد تخت ها مشخص گردد: تخت.

چنانچه مرکز درمانی درمانگاه / کلینیک می باشد، زمان فعالیت مشخص گردد: روزانه شبانه روزی

سال ساخت: زیربنا: مترمربع. تعداد طبقات: طبقه. تعداد آسانسورها: ظرفیت آسانسورها: نفر.

ساختمان مرکز درمانی مجهز به کدام یک از این موارد می باشد: سیستم برق اضطراری سیستم اطفاء حریق

آیا ساختمان و ایبیه بیمارستان/ درمانگاه/ کلینیک تحت پوشش بیمه نامه آتش سوزی می باشد: بلی خیر

شماره بیمه نامه سال قبل: نام بیمه گر قبلی: آمار خسارت از سه سال گذشته تاکنون:

تاریخ حادثه	تعداد	نوع حادثه (فوت / نقص عضو و ...)	مبلغ خسارت (ریال)	علت / مقصر حادثه

حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه: ریال

حداکثر تعهد فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه: ریال

اینجانب به عنوان بیمه گذار/نماینده بیمه گذار تعهد می نمایم که اظهارات مندرج در این پیشنهاد بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای مسئول فنی بیمارستان، کلینیک، درمانگاه در قبال اشخاص ثالث تنظیم گردیده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند مطابق مقررات رفتار نماید. لذا موافقت می گردد این پیشنهاد مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد.

تاریخ تکمیل پیشنهاد: نام، امضاء و مهر بیمه گذار:

این قسمت توسط نمایندگی/واحد صدور تکمیل می گردد:

مهر و امضاء و کد نمایندگی/واحد صدور: تاریخ دریافت پیشنهاد: