



فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه نامه مسئولیت مدنی مسئول فنی (بیمارستان ها، کلینیک ها، و درمانگاه ها)

شماره سند: FM-LB-40/02

تاریخ:/...../۱۴۰۰

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

پیشنهاد دهنده (بیمه گذار) محترم، نظر به اینکه مفاد بیمه نامه و تعهدات بیمه گر بر مبنای اطلاعات ارائه شده در این فرم میباشد، خواهشمنداست نسبت به ارائه پاسخ صحیح و کامل به تمامی سؤالات، در نهایت حسن نیت اقدام فرمائید.

نام پیشنهاد دهنده (حقیقی ☐ حقوقی ☐):	کدملی/شناسه ملی:
تاریخ تولد/ثبت:	شماره شناسنامه/ثبت:
نشانی: استان:	شهر:
کدپستی:	تلفن ثابت (به همراه کد):
پست الکترونیک/وب سایت:	دورنگار:
	تلفن همراه:
	کد اقتصادی:
	پلاک/شماره:
	کوچه:

نام مرکز درمانی:	سال تاسیس:
نوع مرکز درمانی: بیمارستان ☐ درمانگاه ☐ کلینیک تخصصی ☐ کلینیک فوق تخصصی ☐ مراکز محدود ☐	نوع فعالیت مرکز درمانی: عمومی ☐ تخصصی ☐ فوق تخصصی ☐ شبانه روزی ☐
نام مسئول فنی:	نوع تخصص:
تعداد بخش مرکز درمانی:	تعداد تخت مرکز درمانی:
تعداد کادر پزشکی:	تعداد کادر اداری و خدماتی:
تعداد کادر پرستاری:	تعداد کادر خدماتی:
تعداد کادر فیزیوتراپی:	تعداد کادر فیزیوتراپی:
تعداد کادر رادیولوژی:	تعداد کادر رادیولوژی:
تعداد کادر آزمایشگاه:	تعداد کادر آزمایشگاه:
تعداد کادر دارو:	تعداد کادر دارو:
تعداد کادر تغذیه:	تعداد کادر تغذیه:
تعداد کادر روانشناسی:	تعداد کادر روانشناسی:
تعداد کادر سایر:	تعداد کادر سایر:

از تاریخ: تا تاریخ: به مدت: روز

۱- آیا دارای سابقه بیمه مسئولیت حرفه ای مسئول فنی بیمارستان، درمانگاه و کلینیک می باشید؟ بلی ☐ خیر ☐ در صورت مثبت بودن پاسخ، نام شرکت بیمه گر قبلی، شماره بیمه نامه و تاریخ شروع و انقضاء بیمه نامه را ذکر فرمائید.
۲- آیا در ارتباط با موضوع بیمه تاکنون ادعای غرامت علیه مرکز درمانی مطرح شده است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ تعداد، مبلغ و نوع ادعای به تفکیک بیان فرمائید.

حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه: ریال
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه: ریال

تأییدیه پیشنهاد دهنده	شعبه/نماینده/کارگزار
صحت پاسخ های ارائه شده مورد تأیید است.	مهر و امضاء:
نام، مهر و امضای پیشنهاد دهنده	تاریخ