

مشخصات و سابقه کاری متقاضی (بیمه گذار)

شخص حقیقی	شخص حقوقی
نام و نام خانوادگی: ...	نام (مؤسسه، شرکت، سازمان): ...
تاریخ تولد: ...	دولتی ☐ خصوصی ☐ تعاونی ☐
شماره ملی (الزامی است): ...	تاریخ تأسیس: ... شماره ثبت: ...
سابقه کار در حرفه ای که تقاضای بیمه مسئولیت برای آن را دارید: ...	شناسه ملی: ... کد اقتصادی: ...
نشانی و اقامتگاه قانونی بیمه گذار: ...	
کد پستی: ...	تلفن ثابت: ...
دورنگار: ...	تلفن همراه: ...
شرکای بیمه گذار: ...	

موضوع و مشخصات

- مشخصات مرکز درمانی محل اشتغال:

☐ بیمارستان (تعداد تخت ...) ☐ کلینیک پوست و مو ☐ داروخانه

☐ درمانگاه های عمومی و توانبخشی پزشکی ☐ درمانگاه خصوصی ☐ مرکز جراحی محدود

☐ مرکز رادیولوژی تصویربرداری پزشکی ☐ مراکز پزشکی هسته ای ☐ آزمایشگاه ☐ سایر ...

- آیا تا کنون برگ صلاحیت مسئولیت فنی شما تعلیق شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

- نوبت فعالیت مرکز درمانی: ☐ روزانه ☐ شبانه روزی

نام و نشانی /های مرکز درمانی:	ساعت فعالیت
...	... لغایت ...
...	... لغایت ...
...	... لغایت ...

- در صورتیکه بیمه نامه به نام شخص حقوقی صادر می گردد و یا مرکز درمانی دارای بیش از یک مسئول فنی می باشد، می بایست مشخصات کلیه مسئولین فنی در جدول ذیل درج گردد.

نام و نام خانوادگی مسئول فنی	کد ملی	پست سازمانی	بخش	نوبت کاری	شماره نظام پزشکی
...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...

*لازم به توضیح است بیمه گر هیچ گونه تعهدی برای جبران خسارت ناشی از مسئولیت مسئولین فنی که اسامی آنها در بیمه نامه درج نشده و یا از طریق الحاقیه اضافه نشده است ندارد.

- آیا تا کنون برای این موضوع فعالیت، بیمه نامه مسئولیت خریداری شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

- در صورتیکه پاسخ مثبت است:

فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای مسئولین فنی
 بیمارستان / کلینیک / درمانگاه / داروخانه در قبال اشخاص ثالث

تجدید نظر: 01

صفحه: 2 از 2

تاریخ انقضا: ...

شماره بیمه نامه: ...

نام بیمه گر: ...

- امکانات ایمنی موجود در محل را شرح دهید: ...

- در صورتی که طی 3 سال گذشته، خسارتی در ارتباط با موضوع این پیشنهاد اتفاق افتاده است، تعداد و مبلغ خسارت وارده را به تفکیک هر حادثه درج فرمایید: ...

- در صورت مثبت بودن پاسخ، اطلاعات مورد نظر را در جدول شرح دهید:

ردیف	تاریخ ادعا	نوع ادعا	مبلغ مورد ادعا (به ریال)
...	...	...	...
...	...	...	...
...	...	...	...
...	...	...	...

مدت زمان مورد درخواست بیمه نامه

مدت بیمه نامه (به روز): ... تاریخ شروع بیمه نامه از ساعت 24 روز / / 14... تاریخ انقضاء بیمه نامه از ساعت 24 روز / / 14...

پوشش ها و میزان تعهدات مورد درخواست بیمه گذار

تعهدات مورد درخواست بیمه گذار	تعهد به ریال
حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	...
حداکثر هزینه پزشکی در طول مدت بیمه	...
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی	...
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام	...
حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه	...

پوشش های تکمیلی

- چنانچه خواسته ای مازاد بر موارد فوق الذکر دارید، این قسمت را تکمیل نمایید: ...

بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد بر اساس صحت و منطبق با حداکثر اطلاعات و یقین اینجانب می باشد و موافقت می نمایم که این پرسشنامه اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

- بیمه گر فقط در حدود شرایط و مقررات بیمه نامه مسئول است و خارج از آن تعهدی ندارد.

- بیمه گر متعهد است کلیه اطلاعات فوق را محرمانه تلقی نماید.

- به اطلاع می رساند تکمیل پرسشنامه به منزله صدور بیمه نامه نخواهد بود و فقط در صورت موافقت کتبی بیمه گذار بیمه نامه صادر خواهد گردید..

بیمه گذار:

نماینده / کارگزار:

مهر، امضاء، تاریخ

مهر، امضاء، تاریخ