



شرکت بیمه نوین
(سهامی عام)

FO-LI-30

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسؤلیت مدنی

شماره:

مسئول فنی (بیمارستانها، کلینیکها و درمانگاهها)

تاریخ:

قابل توجه بیمه گذار محترم:

نظر به اینکه بیمه نامه مورد در خواست شما بر اساس اطلاعات مندرج در این برگ پیشنهاد بیمه صادر می شود لذا فواید شماست است در تکمیل آن دقت فرمائید.



شرکت بیمه نوین

خواهشمند است بیمه نامه مسؤلیت مدنی با مشخصات زیر صادر نمائید. ضمناً تعهد مینماید نسبت به پرداخت حق بیمه متعلقه اقدام گردد.

نام بیمارستان / درمانگاه / کلینیک:	شماره ثبت:
نشانی:	تلفن:
نام مسئول فنی:	دور نگار:
شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:
شماره نظام پزشکی:	شماره ملی:
نوع تخصص:	
مالکیت بیمارستان / درمانگاه / کلینیک:	<input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> روز کار <input type="checkbox"/> شبانه روزی
سال ساخت ابنیه ساختمانی:	زیر بنا: متر مربع
تعداد آسانسورها:	تعداد طبقات:
تعداد کادر پزشکی:	تعداد تخت:
تعداد بخشها:	تعداد کادر اداری و خدماتی:
بیمارستان / درمانگاه / کلینیک:	بخش جراحی دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
	تخصصی است <input type="checkbox"/> عمومی است <input type="checkbox"/>
آیا ساختمان ها مجهز به سیستم نأمین برق اضطراری می باشند؟	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>
آیا ساختمان ها مجهز به امکانات و سیستم اطفاء حریق می باشند؟	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>
آیا ساختمان وابنیه بیمارستان / درمانگاه / کلینیک تحت پوشش بیمه نامه آتش سوزی می باشد؟	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>
آیا پزشکان بیمارستان تحت پوشش بیمه نامه مسؤلیت حرفه ای می باشند؟	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>

آیا در ارتباط با موضوع بیمه، تاکنون ادعای غرامت علیه بیمارستان / درمانگاه / کلینیک مطرح شده است؟ (تعداد، مبالغ ونوع ادعا را دقیقاً شرح دهید)		
نام مدعی	موضوع ادعا	مبالغ پرداختی
مدت بیمه:	از ساعت 24 روز	تا ساعت 24 روز
پوشش بیمه ای مورد تقاضا در رابطه با فوت، نقص عضو، از کار افتادگی و سایر صدمات بدنی هر نفر (بیماران و اشخاص ثالث)	ریال	

بدینوسیله تأیید و گواهی می شود پرسشنامه فوق با اطلاع از شرح وظایف قانونی مسئول فنی بدرستی و منطبق با واقعیت و بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه تکمیل گردیده، لذا موافقت می شود که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

نام و امضاء مسئول فنی

نماینده / کار گزار بیمه

تاریخ تکمیل: