



فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیر یا مسئول فنی مرکز درمانی در قبال بیماران و مراجعین

ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان
پانزدهم، پلاک ۲.
تلفن: ۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱، نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

الف: مشخصات عمومی

۱- نام کامل بیمه گذار (حقیقی / حقوقی) :
 نوع بیمه گذار: (دولتی خصوصی شماره ملی/ شناسه ملی : کد اقتصادی (شخص حقوقی) : نام کارگزار / نماینده و کد :

۲- نشانی دقیق، کد پستی و تلفن بیمه گذار :

۳- تعداد حوادث در سه سال گذشته و شرح نوع حوادث :

ردیف	سال حادثه	تعداد حادثه	نوع حادثه (هزینه پزشکی، فوت و نقص عضو)	علت	درصد تقصیر	میزان خسارت (ریال)

۴- شماره بیمه نامه سال قبل : نام بیمه گر قبلی

ب: مشخصات مرکز درمانی

۱) نام و نشانی مرکز درمانی :

۲) نوع مالکیت : صاحب مرکز استیجاری تاسیس

۳) نوع بیمه گذار : رئیس یا مدیر مرکز درمانی مسئول یا مسئولین فنی مرکز درمانی

۴) نوع مرکز درمانی : بیمارستان کلینیک یا درمانگاه مرکز جراحی محدود داروخانه آزمایشگاه

۵) مشخصات ساختمان مرکز درمانی : سال ساخت : متراژ زیربنا : تعداد طبقات :

۶) امکانات مرکز درمانی : سیستم اطفاء حریق سیستم تامین برق اضطراری سایر

۷) نحوه نگهداری و سرویس تجهیزات و تاسیسات مرکز درمانی :

✓ در صورتیکه مرکز درمانی بیمارستان می باشد، موارد ذیل را تکمیل کنید :

نوع بیمارستان: عمومی تخصصی فوق تخصصی تعداد تخت فعال : - مراجعین در یک شبانه روز : روزهای عادی حداقل و حداکثر نفر
 و روزهای تعطیل حداقل و حداکثر نفر.

✓ چنانچه مرکز درمانی، درمانگاه یا مرکز جراحی محدود باشد:

نوع مرکز : درمانگاه یا کلینیک مرکز جراحی محدود (تعداد تخت فعال) / ساعات کاری : شبانه روزی روزانه (از ساعت الی)
 ✓ در صورتیکه مرکز درمانی، داروخانه باشد : ساعات کاری داروخانه ؛ شبانه روزی روزانه (از ساعت الی)
 ✓ چنانچه مرکز درمانی، آزمایشگاه باشد :

نوع آزمایشگاه ؛ تشخیص طبی پاتولوژی و سیتولوژی ژنتیک پزشکی - ساعات کاری آزمایشگاه ؛ شبانه روزی روزانه (از ساعت الی)
 • مشخصات مدیر یا مسئول فنی : چنانچه تعداد بیش از یک نفر باشد، مشخصات آنها طبق جدول زیر در پشت فرم پیشنهاد درج و مهر و امضاء گردد.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	میزان تحصیلات و رشته تحصیلی	نوع تخصص	نوع مسئولیت (مدیر/مسئول فنی)	شماره نظام پزشکی / پرستاری	سابقه مسئولیت فعلی

ج: مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

مدت زمان بیمه: روز / شروع بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ انقضاء بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ

ریال	گرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه
ریال	گرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)

د: تأییدیه بیمه گذار

بدینوسیله گواهی می نماید که اظهارات فوق منطبق با واقعیت بوده و صحت آن را تأیید می نمایم و موافقم که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.
 تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد نام و امضاء بیمه گذار

واحد صدور (شعبه/نماینده):
 تاریخ دریافت فرم پیشنهاد امضاء و مهر واحد صدور