

نشانی: تهران - میدان ونک
 خیابان ونک - پلاک ۹
 کدپستی: ۱۹۹۴۶۱۸۳۱۷
 تلفن: ۰۲۱ - ۸۶۹۰
 www.bimehma.ir

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای مسئول فنی بیمارستان، درمانگاه و کلینیک



از شرکت بیمه "ما" درخواست می شود بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای مسئول فنی بیمارستان درمانگاه و کلینیک را بر اساس مندرجات این پیشنهاد به مدت روز از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ صادر نماید .

مشخصات بیمه گذار

نماینده/ کارگزار:

کد:

واحد صدور:

نام مسئول فنی: کد ملی:

تاریخ تولد: روز ماه سال شماره نظام پزشکی:

تلفن: کدپستی:

نام مراکز درمانی: بیمارستان / درمانگاه / کلینیک:

نشانی:

مشخصات مرکز درمانی

نوع مرکز درمانی: عمومی تخصصی

تعداد تخت: سال ساخت: زیربنا: تعداد طبقات: تعداد آسانسورها: ظرفیت آسانسور ها:

آیا ساختمان مرکز درمانی مجهز به سیستم تامین برق اضطراری می باشد؟ بلی خیر

آیا ساختمان مرکز درمانی مجهز به امکانات و سیستم اطفای حریق می باشد؟ بلی خیر

تعداد کارکنان شاغل در هر شیفت را با توجه به نوع تخصص آنها مرقوم فرمایید:

آیا در ۵ سال گذشته، حوادث منجر به فوت و نقص عضو در محل کار شما روی داده است؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر تاریخ مرقوم فرمایید:

تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	مبلغ خسارت (ریال)

تعهدات مورد بیمه

حداکثر غرامت فوت و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی برای هر نفر در ماه عادی: ریال

حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه حرام: ریال

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

اینجانب تعهد می نمایم که به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای مسئول فنی بیمارستان، درمانگاه و کلینیک می باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند مطابق مقررات اقدام نماید .

مهر یا امضای بیمه گذار: تاریخ: مهر و امضای بیمه گر: