

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مسئول فنی
بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و درمانگاه‌ها در برابر اشخاص ثالث



قابل توجه بیمه‌گذار محترم: نظر به اینکه بیمه نامه مورد درخواست شما بر اساس اطلاعات مندرج در این برگ صادر می‌شود؛ خواهشمند است در تکمیل آن دقت فرمائید.

مشخصات بیمه‌گذار	نام بیمه‌گذار: کد ملی / شناسه ملی: شماره ثبت:																																				
	تاریخ ثبت / تولد: / / کد اقتصادی:																																				
مشخصات مرکز درمانی	نام مسئول / مسئولین فنی:																																				
	نام بیمارستان / درمانگاه / کلینیک: شماره اقتصادی: شماره ثبت: تاریخ ثبت: / /																																				
مورد درخواست پوشش‌های تکمیلی	نشانی: کد پستی: تلفن: تلفن همراه: پست الکترونیک:																																				
	مالکیت بیمارستان / درمانگاه / کلینیک: خصوصی <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> بیمارستان / درمانگاه / کلینیک، شبانه روزی است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تعداد آسانسورها: ظرفیت آسانسورها: تعداد تخت:																																				
سابقه بیمه‌ای	بیمارستان / درمانگاه / کلینیک: تخصصی است <input type="checkbox"/> عمومی است <input type="checkbox"/> آیا ساختمان‌ها مجهز به سیستم تأمین برق اضطراری هستند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا ساختمان‌ها مجهز به امکانات و سیستم اطفای حریق هستند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>																																				
	آیا مایل به خرید پوشش‌های تکمیلی زیر هستید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پرداخت خسارت بدون رأی دادگاه. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش جبران هزینه‌های پزشکی بدون اعمال تعرفه. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> هزینه کارشناسی در هر حادثه. ریال و در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه ریال. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش تعدد دیات و دیات غیرمسری در هر حادثه. ریال و در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه ریال. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پوشش افزایش ریالی دیه در سال‌های بعد یک بار <input type="checkbox"/> دوبار <input type="checkbox"/> سه بار <input type="checkbox"/>																																				
مدت بیمه	آیا در سه سال گذشته حوادث منجر به فوت، صدمه بدنی و یا هزینه‌ی پزشکی در ارتباط با نوع فعالیت مورد درخواست پیش آمده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر تکمیل گردد:																																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>تاریخ حادثه</th> <th>نوع حادثه</th> <th>تعداد فوت</th> <th>تعداد صدمه بدنی</th> <th>تعداد هزینه پزشکی</th> <th>مبلغ خسارت (ریال)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد صدمه بدنی	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)																														
	تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد صدمه بدنی	تعداد هزینه پزشکی	مبلغ خسارت (ریال)																															
آیا بیمه‌گذار، بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، نام بیمه‌نامه را اعلام فرمائید.																																					
مدت بیمه: روز از ساعت ۲۴ روز تا ساعت ۲۴ روز																																					

FO-LI-30-03

در هر حادثه:

حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش هر نفر: ریال.
 حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه فوت هر نفر در ماه های حرام: ریال.
 حداکثر تعهد هزینه پزشکی برای هر نفر: ریال.

در طی دوره بیمه:

حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش: ریال.
 حداکثر تعهد هزینه پزشکی: ریال.

چنانچه علاوه بر موارد فوق، اطلاعات دیگری می تواند بیمه گر را در ارزیابی دقیق ریسک راهنمایی نماید، لطفاً مرقوم فرمائید.

.....

همچنین اعلام می دارد اظهارات یاد شده براساس اصل حسن نیت و با آگاهی از اهمیت آن در صدور بیمه نامه اعلام شده است، از این رو موافقت می شود این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزو لاینفک آن قرار گیرد و تعهد می نماید نسبت به پرداخت حق بیمه تعیین شده اقدام شود.

تاریخ تکمیل:

نام و امضاء نماینده / کارگزار بیمه:

نام و امضاء بیمه گذار:

امضاء این برگ به تنهایی به معنی قبول تعهد توسط بیمه گر یا پیشنهاد دهنده نمی باشد.