



پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای مسئول فنی

(ویژه بیمارستان/درمانگاه/کلینیک/آزمایشگاه/داروخانه)

مشخصات متقاضی

نام مسئول فنی:										کد ملی			
تاریخ تولد										شماره شناسنامه			
نوع فعالیت مسئول فنی:										نوع تخصص:		شماره نظام پزشکی:	
آدرس:												کد پستی:	
تلفن										نمابر		همراه	

سوابق بیمه ای

(۱) آیا طی یکسال گذشته بیمه نامه مسئولیت مسئول فنی داشته اید؟ ☐ بله ☐ خیر در صورت مثبت بودن پاسخ شماره بیمه نامه، نام بیمه گر و تاریخ انقضای آن را درج نمایید											
(۲) تعداد حوادث و مبلغ خسارت دریافتی از شرکت های بیمه گر را طی ۲ سال گذشته درج نمایید:											
اطلاعات فعالیت											
(۱) نام مرکز درمانی: آدرس:											
(۲) نوع مالکیت: ☐ خصوصی ☐ دولتی - سال ساخت و بهره برداری: - زیربنای کل: مترمربع											
(۳) تعداد طبقات: طبقه - تعداد آسانسور: دستگاه - ظرفیت آسانسورها: نفر											
(۴) فعالیت مرکز درمانی: ☐ روزکار ☐ شبانه روزی ☐ تخصصی است ☐ عمومی است ☐ بخش جراحی دارد ☐ بخش جراحی ندارد ☐											
(۵) تعداد کادر پزشکی: نفر - تعداد کادر اداری و خدماتی: نفر - تعداد بخش: بخش - تعداد تخت: تخت											
(۶) تجهیزات اضطراری مرکز درمانی: ☐ برق اضطراری دارد ☐ برق اضطراری ندارد ☐ سیستم اطفاء حریق دارد ☐ سیستم اطفاء حریق ندارد ☐											
(۷) آیا ساختمان و ابنیه مرکز درمانی دارای بیمه نامه آتش سوزی می باشند؟ ☐ خیر ☐ بله در صورت مثبت بودن پاسخ نام بیمه گر را درج نمایید											
(۸) آیا پزشکان مرکز درمانی دارای بیمه نامه مسئولیت حرفه ای می باشند؟ ☐ خیر ☐ بله در صورت مثبت بودن پاسخ نام بیمه گر را درج نمایید											

مدت بیمه نامه

پوشش بیمه ای برای مدت روز، از ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳ تا ساعت ۲۴ مورخ / / ۱۳ درخواست می گردد.

تعهدات درخواستی

ریال	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر به مبلغ
ریال	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در هر حادثه به مبلغ
ریال	حداکثر غرامت فوت و نقص عضو برای مجموع اشخاص در طول مدت بیمه نامه به مبلغ

این پرسشنامه به درخواست اینجانب تکمیل و با امضای آن ضمن تصدیق مندرجات، اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سئوالات فوق با صداقت و حسن نیت جواب داده شده است و در صورت اثبات هر گونه اظهار خلاف و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن مطابق مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه متوجه اینجانب می باشد.

نام، کد و امضاء نماینده

نام، نام خانوادگی و امضاء متقاضی

تاریخ تکمیل