



شرکت بیمه تعاون

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

نام مسئول فنی :	شماره شناسنامه :	تاریخ تولد :	شماره ملی :
نوع تخصص :	شماره نظام پزشکی :		
نام بیمارستان / درمانگاه / کلینیک :	شماره ثبت :		
نشانی :	تلفن :	دور نگار :	
مالکیت بیمارستان / درمانگاه / کلینیک :	خصوصی <input type="checkbox"/>	دولتی <input type="checkbox"/>	روزکار <input type="checkbox"/>
سال ساخت ابنیه ساختمانی :	سال بهره برداری :	زیر بنا :	تعداد طبقات :
تعداد آسانسورها :	ظرفیت آسانسورها :	تعداد تخت :	
تعداد کادر پزشکی :	تعداد کادر اداری و خدماتی :		
تعداد بخشها :	بخش جراحی دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	
بیمارستان / درمانگاه / کلینیک :	تخصصی است <input type="checkbox"/>	عمومی است <input type="checkbox"/>	
آیا ساختمان ها مجهز به سیستم تأمین 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"/>	نزد کدام شرکت بیمه :
آیا پزشکان و پیراپزشکان بیمارستان تحت پوشش بیمه نامه مسؤلیت حرفه ای می باشند ؟	خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/>	نزد کدام شرکت بیمه :
نام مدعی	موضوع ادعا	مبالغ پرداختی	آیا در ارتباط با موضوع بیمه ، تاکنون ادعای غرامت علیه بیمارستان / درمانگاه / کلینیک مطرح شده است ؟ (تعداد، مبالغ و نوع ادعا را دقیقاً شرح دهید)
مدت بیمه :	از ساعت ۲۴ روز	تا ساعت ۲۴ روز	
تعهدات مورد تقاضا	حداکثر تعهد برای هر نفر در هر حادثه- ریال	حداکثر تعهد در مدت بیمه- ریال	
غرامت فوت و نقص عضو			

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 مدیر فنی:

نماینده / کارگزار بیمه:

تاریخ تکمیل: