

پرسشنامه بیمه مسئولیت مدنی مسئولین فنی بیمارستان ها / کلینیک ها / درمانگاه در قبال اشخاص ثالث

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار : نام مرکز درمانی : کد اقتصادی : شماره ثبت : شماره ملی : تلفن همراه : نامبر : نشانی بیمه گذار : تلفن :																									
مدت	نام شرکت و شماره بیمه نامه سال قبل : نام و کد نمایندگی / شعبه / معرف : مدت بیمه : روز / سال تاریخ شروع بیمه نامه : تاریخ پایان بیمه نامه :																									
مشخصات و امکانات مرکز درمانی	سال تاسیس و فعالیت : تعداد بخش ها : تعداد کادر پزشکی : تعداد کادر اداری / خدماتی : تعداد طبقات مرکز درمانی : تعداد تخت طبق پروانه فعالیت : مالکیت محل مورد بیمه : دولتی <input type="radio"/> خصوصی <input type="radio"/> نوع فعالیت : عمومی <input type="radio"/> تخصصی <input type="radio"/> فوق تخصصی <input type="radio"/> زمان فعالیت : روزانه <input type="radio"/> شبانه روزی <input type="radio"/> ساختمان مرکز درمانی مجهز به کدامیک از تجهیزات زیر می باشد ؟ سیستم تأمین برق اضطراری <input type="radio"/> سیستم اطفاء حریق <input type="radio"/> - آیا ساختمان و ابنیه محل مورد بیمه تحت پوشش بیمه نامه آتش سوزی می باشد ؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> - آیا مایلید که در صورت وجود آسانسور آن را مورد بیمه قرار دهید ؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> (در صورت مثبت بودن پاسخ نسبت به تکمیل فرم پیشنهاد آسانسور به صورت مجزا اقدام نمایید.) - آیا مایلید که در صورت وجود پارکینگ آن را مورد بیمه قرار دهید ؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> (در صورت مثبت بودن پاسخ نسبت به تکمیل فرم پیشنهاد پارکینگ به صورت مجزا اقدام نمایید.) نشانی محل مورد بیمه : تلفن : * بیمه گذار محترم ، تعداد و مشخصات فردی مسئولین فنی از قبیل (نام و نام خانوادگی شماره ملی و شماره نظام پزشکی) می بایست پیوست بیمه نامه گردد.																									
سوابق خسارت	تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت ، صدمات جسمانی یا هزینه پزشکی گردیده : <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>تاریخ حادثه</th> <th>نوع حادثه</th> <th>تعداد فوت</th> <th>تعداد نقص عضو</th> <th>مبلغ خسارت (ریال)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	مبلغ خسارت (ریال)																				
تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	مبلغ خسارت (ریال)																						
تبعات بیمه گر	غرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر : ریال غرامت فوت و نقص عضو در هر حادثه : ریال حداکثر غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه : ریال																									
تأییدیه بیمه گذار	بدین وسیله اعلام میدارد که اظهارات فوق الذکر بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه مسئولیت مدنی مسئولین فنی بیمارستان ها / کلینیک ها / درمانگاه در قبال اشخاص ثالث شرکت بیمه کوثر تنظیم گردیده و همچنین موافقت می گردد این پرسشنامه منای صدور بیمه نامه قرار گیرد . <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">نام ، امضاء و مهر بیمه گذار</p> <p style="text-align: center;">مهر ، امضاء و کد نمایندگی / شعبه / معرف</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">تاریخ تکمیل پرسشنامه</p> </div> </div>																									