ساختمان مرکزی: تهران، خیابان گاندی، خیابان پانزدهم، پلاک ۲،
تلفن: ۸۰-۸۸۷۷۰۹۷۱، نمابر: ۸۸۷۹۱۹۸۴

فرم پیشنهاد بیمه نامه مسئولیت مدنی مدیر یا مسئول فنی مرکز درمانی در قبال بیماران و مراجعین

الف: مشخصات عمومی

۱- نام کامل بیمه گذار (حقیقی / حقوقی) :

نوع بیمه گذار : (دولتی ☐ خصوصی ☐) شماره ملی/ شناسه ملی : ..... کداقتصادی (شخص حقوقی) : ..... نام کارگزار / نماینده و کد : .....

۲- نشانی دقیق ، کد پستی و تلفن بیمه گذار :

۳- تعداد حوادث درسه سال گذشته و شرح نوع حوادث :

ردیف	سال حادثه	تعداد حادثه	نوع حادثه (هزینه پزشکی ، فوت و نقص عضو)	علت	درصد تقصیر	میزان خسارت (ریال)

۴- شماره بیمه نامه سال قبل : ..... نام بیمه گر قبلی .....

ب: مشخصات مرکز درمانی

۱) نام و نشانی مرکز درمانی : .....

۲) نوع مالکیت : صاحب مرکز ☐ استیجاری ☐ تاسیس .....

۳) نوع بیمه گذار : رئیس یا مدیر مرکز درمانی ☐ مسئول یا مسئولین فنی مرکز درمانی ☐

۴) نوع مرکز درمانی : بیمارستان ☐ کلینیک یا درمانگاه ☐ مرکز جراحی محدود ☐ داروخانه ☐ آزمایشگاه ☐

۵) مشخصات ساختمان مرکز درمانی : سال ساخت : ..... متراژ زیربنا : ..... تعداد طبقات : .....

۶) امکانات مرکز درمانی : سیستم اطفاء حریق ☐ سیستم تامین برق اضطراری ☐ سایر .....

۷) نحوه نگهداری و سرویس تجهیزات و تاسیسات مرکز درمانی : .....

✓ در صورتیکه مرکز درمانی بیمارستان می باشد ، موارد ذیل را تکمیل کنید :

نوع بیمارستان:عمومی ☐ تخصصی ☐ فوق تخصصی ☐ تعداد تخت فعال . ..... - مراجعین در یک شبانه روز : روزهای عادی حداقل ..... و حداکثر.....نفر و روزهای تعطیل حداقل .....و حداکثر..... نفر.

✓ چنانچه مرکز درمانی ، درمانگاه یا مرکز جراحی محدود باشد:

نوع مرکز : درمانگاه یاکلنیک ☐ مرکز جراحی محدود ☐ (تعداد تخت فعال .....) / ساعات کاری : شبانه روزی ☐ روزانه ☐ (از ساعت .....الی .....)

✓ در صورتیکه مرکز درمانی، داروخانه باشد : ساعات کاری داروخانه ؛ شبانه روزی ☐ روزانه ☐ (از ساعت .....الی .....)

✓ چنانچه مرکز درمانی ،آزمایشگاه باشد :

نوع آزمایشگاه ؛ تشخیص طبی ☐ پاتولوژی و سیتولوژی ☐ژنتیک پزشکی ☐ - ساعات کاری آزمایشگاه ؛شبانه روزی ☐روزانه ☐ (از ساعت .....الی .....)

- مشخصات مدیر یا مسئول فنی : چنانچه تعداد بیش از یک نفر باشد ، مشخصات آنها طبق جدول زیر در پشت فرم پیشنهاد درج و مهر و امضاء گردد.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	میزان تحصیلات و رشته تحصیلی	نوع تخصص	نوع مسئولیت (مدیر/مسئول فنی)	شماره نظام پزشکی / پرستاری	سابقه مسئولیت فعلی

ج: مدت بیمه و میزان تعهدات مورد درخواست

مدت زمان بیمه: ..... روز/ شروع بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ ..... انقضاء بیمه نامه: ساعت ۲۴ مورخ .....

غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه	ریال
غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه (اعم از یک یا چند حادثه)	ریال

د: تائیدیه بیمه گذار

بدینوسیله گواهی می نماید که اظهارات فوق منطبق با واقعیت بوده و صحت آن را تایید می نمایم و موافقم که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه توسط بیمه گر قرار گیرد.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد ..... نام و امضاء بیمه گذار .....

واحد صدور (شعبه/نمایندگی) :

تاریخ دریافت فرم پیشنهاد ..... امضاء و مهر واحد صدور.....