

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

<b>مشخصات بیمه گذار</b>	<p>نام بیمه گذار : ..... نام مرکز درمانی : ..... کد اقتصادی : ..... شماره ثبت : .....</p> <p>شماره ملی : ..... تلفن همراه : ..... نامبر : ..... تلفن : .....</p> <p>نشانی بیمه گذار : ..... تلفن : .....</p>																									
<b>مدت</b>	<p>نام شرکت و شماره بیمه نامه سال قبل : ..... نام و کد نمایندگی / شعبه / معرف : .....</p> <p>مدت بیمه : ..... روز / سال تاریخ شروع بیمه نامه : ..... تاریخ پایان بیمه نامه : .....</p>																									
<b>مشخصات و امکانات مرکز درمانی</b>	<p>سال تاسیس و فعالیت : ..... تعداد بخش ها : ..... تعداد کادر پزشکی : .....</p> <p>تعداد کادر اداری / خدماتی : ..... تعداد طبقات مرکز درمانی : ..... تعداد تخت طبق پروانه فعالیت : .....</p> <p>مالکیت محل مورد بیمه : دولتی <input type="radio"/> خصوصی <input type="radio"/></p> <p>نوع فعالیت : عمومی <input type="radio"/> تخصصی <input type="radio"/> فوق تخصصی <input type="radio"/></p> <p>زمان فعالیت : روزانه <input type="radio"/> شبانه روزی <input type="radio"/></p> <p>ساختمان مرکز درمانی مجهز به کدامیک از تجهیزات زیر می باشد ؟ سیستم تأمین برق اضطراری <input type="radio"/> سیستم اطفاء حریق <input type="radio"/></p> <p>- آیا ساختمان و ابنیه محل مورد بیمه تحت پوشش بیمه نامه آتش سوزی می باشد ؟ بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p>- 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.)</p> <p>- 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.)</p> <p>نشانی محل مورد بیمه : ..... تلفن : .....</p> <p><b>* 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.</b></p>																									
<b>سوابق خسارت</b>	<p>تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت ، صدمات جسمانی یا هزینه پزشکی گردیده :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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)																						
<b>تعداد بیمه گر</b>	<p>گرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر : ..... ریال</p> <p>گرامت فوت و نقص عضو در هر حادثه : ..... ریال</p> <p>حداکثر گرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه : ..... ریال</p>																									
<b>تاییدیه بیمه گذار</b>	<p>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 / داروخانه در قبال اشخاص ثالث شرکت بیمه کوثر تنظیم گردیده و همچنین موافقت می گردد این پرسشنامه مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد .</p> <p style="text-align: center;"><b>نام ، امضاء و مهر بیمه گذار</b> تاریخ تکمیل پرسشنامه</p> <p style="text-align: center;"><b>مهر ، امضاء و کد نمایندگی / شعبه / معرف</b></p>																									