



# 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: .....									
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