



پیشنهاد بیمه مسئولیت حرفه ای مسئولین فنی بیمارستانها، کلینیک ها و درمانگاه ها در مقابل خسارات جانی وارد به بیماران و اشخاص ثالث

تهران، خیابان آیت اله طالقانی، حد فاصل خیابان ولیعصر و خیابان حافظ، ساختمان شماره ۴۰۴
 تلفن: ۱۳ و ۶۶۴۰۹۹۱۲
 فاکس: ۶۶۹۷۷۲۰۶
 کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

بدینوسیله از شرکت بیمه آسیا (سهامی عام)، درخواست می شود بیمه نامه مسئولیت حرفه ای مسئولین فنی بیمارستانها، کلینیک ها و درمانگاهها را با توجه به اطلاعات مورد در خواست مندرج در این پیشنهاد برای بیمه گزار با مشخصات زیر به مدت روز از ساعت مورخ تا ساعت مورخ صادر نماید.

مشخصات بیمه گزار

نام کامل بیمه گزار:
 نشانی بیمه گزار:
 شماره ملی: کد اقتصادی:
 سابقه کار:
 واحد صدور: نشانی محل مورد بیمه:

مدت بیمه: جمعاً ماه از ساعت ۲۴ روز الی ساعت ۲۴ روز

مشخصات بیمه نامه

نام مرکز درمانی: تاریخ تأسیس: / / کد پستی:
 شیفت اول: ۱- نام و نام خانوادگی: ۲- شماره نظام پزشکی: ۳- تخصص:
 شیفت دوم: ۱- نام و نام خانوادگی: ۲- شماره نظام پزشکی: ۳- تخصص:
 شیفت سوم: ۱- نام و نام خانوادگی: ۲- شماره نظام پزشکی: ۳- تخصص:
 شرح مختصری از بخشهای مختلف موجود در بیمارستان / کلینیک و درمانگاه: (چنانچه بیمارستان شامل چند بخش باشد، بخشهای مختلف آن را شرح دهید)

تعداد تخت بیمارستان:

تجهیزاتی که در بیمارستان / درمانگاه / کلینیک مورد استفاده قرار می گیرند:

آیا تا کنون بیمه نامه ای برای این فعالیت داشته اید؟ بلی خیر
 نام بیمه گر: شماره بیمه نامه:
 تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت، نقص عضو یا هزینه پزشکی گردیده است:
 فوت: نفر طی حادثه
 نقص عضو: نفر طی حادثه
 هزینه پزشکی: نفر طی حادثه

تعهدات مورد در خواست

۱ - غرامت فوت و صدمات جسمانی برای هر نفر در هر حادثه حداکثر: ریال
 ۳ - حداکثر تعهد بیمه گر برای فوت و صدمات جسمانی طی مدت بیمه نامه: ریال

بدینوسیله اعلام می دارد که اظهارات مندرج در این پیشنهاد و پرسشنامه صحیح بوده و هیچگونه مطلب نادرستی اظهار نشده و یا از ذکر هیچ مطلب لازمی خودداری نشده است و در صورت اثبات خلاف موارد اعلام شده، مسئولیت آن متوجه شخص بیمه گزار و یا نماینده وی می باشد. بنابراین موافقت می شود این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد و بیمه گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه نامه صادره مسئول جبران خسارت خواهد بود.

تاریخ تکمیل پیشنهاد: مهر و امضای نمایندگی یا کارگزاری: نام / مهر و امضای بیمه گزار:
 تلفن تماس: