



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

پیشنهاد بیمه‌نامه مسئولیت حرفه‌ای مسئولین فنی یا  
مسئولیت مدنی مدیران مراکز درمانی در قبال بیماران و مراجعین

شناسه مدرک: PI-4190-FR-110

شماره بازنگری: 04

بیمه‌گذار مشخصات	نام بیمه‌گذار (حقیقی/ حقوقی):	کد ملی/ شناسه ملی:	کد نمایندگی:
	تاریخ تولد/ تاسیس:	کد پستی:	خانم/ آقای:
	نشانی:	تلفن همراه:	کارگزار:
	تلفن ثابت:	نمبر:	واحد صدور:

مدت	مدت بیمه‌نامه: ..... روز/ سال. تاریخ شروع بیمه‌نامه: از ساعت ۲۴ مورخ ..... تاریخ پایان بیمه‌نامه تا ساعت ۲۴ مورخ .....
-----	--

مشخصات مرکز درمانی	نام و نشانی مرکز درمانی: .....																												
	موضوع فعالیت بیمه‌گذار: <input type="checkbox"/> رییس یا مدیر مرکز درمانی <input type="checkbox"/> مسئول فنی مرکز درمانی																												
	ساعت کاری مرکز درمانی: <input type="checkbox"/> شبانه‌روزی <input type="checkbox"/> روزکار																												
	نوع مرکز درمانی: <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز جراحی محدود <input type="checkbox"/> کلینیک و درمانگاه <input type="checkbox"/> آزمایشگاه																												
	چنانچه مرکز درمانی، بیمارستان و یا مرکز جراحی محدود می‌باشد، موارد زیر تکمیل گردد:																												
	نوع بیمارستان/ مرکز جراحی: <input type="checkbox"/> عمومی <input type="checkbox"/> تخصصی <input type="checkbox"/> فوق تخصصی																												
	تعداد تخت فعال: .....																												
	مشخصات مرکز درمانی: سال ساخت: ..... متراژ زیر بنا: ..... متر مربع. تعداد طبقات: .....																												
	امکانات مرکز درمانی: <input type="checkbox"/> سیستم اطفاء حریق <input type="checkbox"/> سیستم تامین برق اضطراری <input type="checkbox"/> سایر: .....																												
	آیا ساختمان مرکز درمانی تحت پوشش بیمه‌نامه آتش‌سوزی می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی شماره بیمه‌نامه: ..... نام بیمه‌گر: .....																												
	مشخصات مدیر یا مسئولین فنی: (چنانچه تعداد مسئولین فنی بیش از سه نفر می‌باشد، مشخصات آنها طبق جدول زیر در پشت فرم پیشنهاد درج و مهر و امضاء گردد.)																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ردیف</th> <th>نام و نام خانوادگی</th> <th>شماره ملی</th> <th>میزان تحصیلات و رشته تحصیلی</th> <th>نوع تخصص</th> <th>شماره نظام پزشکی/ پرستاری</th> <th>سابقه مسئولیت فعلی</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>۱</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۲</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۳</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	میزان تحصیلات و رشته تحصیلی	نوع تخصص	شماره نظام پزشکی/ پرستاری	سابقه مسئولیت فعلی	۱							۲							۳						
ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	میزان تحصیلات و رشته تحصیلی	نوع تخصص	شماره نظام پزشکی/ پرستاری	سابقه مسئولیت فعلی																							
۱																													
۲																													
۳																													

سوابق خسارت	شماره بیمه‌نامه سال قبل: ..... نام بیمه‌گر قبلی: ..... آمار خسارت از سه سال گذشته تاکنون:																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>تاریخ حادثه</th> <th>تعداد</th> <th>نوع حادثه (فوت/ نقص عضو و ...)</th> <th>مبلغ خسارت (ریال)</th> <th>علت/ مقصر حادثه</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> </tbody> </table>	تاریخ حادثه	تعداد	نوع حادثه (فوت/ نقص عضو و ...)	مبلغ خسارت (ریال)	علت/ مقصر حادثه														
تاریخ حادثه	تعداد	نوع حادثه (فوت/ نقص عضو و ...)	مبلغ خسارت (ریال)	علت/ مقصر حادثه																

میزان تعهدات درخواستی	الف: در هر حادثه	ب: در طی دوره بیمه‌نامه
	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه‌های عادی: ..... ریال.	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو: ..... ریال.
	حداکثر تعهد فوت برای هر نفر در ماه‌های حرام: ..... ریال.	حداکثر تعهد هزینه‌های پزشکی: ..... ریال.
	حداکثر تعهد هزینه‌های پزشکی برای هر نفر: ..... ریال.	

تاییدیه بیمه‌گذار	اینجانب ..... به عنوان بیمه‌گذار/ نماینده بیمه‌گذار تعهد می‌نمایم که اظهارات درج شده در این پیشنهاد بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه‌نامه مسئولیت حرفه‌ای مسئولین فنی بیمارستان، درمانگاه و کلینیک یا مسئولیت مدنی مدیران مراکز درمانی در قبال بیماران و مراجعین تنظیم شده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه‌گر می‌تواند مطابق مقررات رفتار نماید. از این‌رو موافقت می‌گردد این پیشنهاد مبنای صدور بیمه‌نامه قرار گیرد.
	تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد: ..... نام و نام خانوادگی، امضاء و مهر بیمه‌گذار: .....

این قسمت توسط نمایندگی/ واحد صدور تکمیل می‌گردد:
مهر و امضاء و کد نمایندگی/ واحد صدور: ..... تاریخ دریافت پیشنهاد: .....