



پرسشنامه مسئولیت مدنی مسئول فنی بیمارستان/کلینیک
در قبال اشخاص ثالث

مشخصات بیمه گذار :

نام بیمارستان:	نشانی :	تلفن:	فکس:
نام مسئول:	نوع تخصص:	شماره نظام پزشکی:	

مشخصات بیمارستان/کلینیک

سال ساخت ابنیه ساختمانی:	سال بهره برداری:	زیر بنا:
تعداد طبقات:	تعداد آسانسورها:	ظرفیت آسانسورها:
تعداد تخت:	تعداد بخش ها:	تعداد کادر پزشکی / اداری:
امکانات و تجهیزات بخشهای ویژه را نام ببرید:		
امکانات و تجهیزات پزشکی را نام ببرید:		

آیا ساختمان بیمارستان تحت پوشش بیمه نامه آتش سوزی می باشد؟

آیا ساختمان بیمارستان / کلینیک مجهز به سیستم تامین برق اضطراری می باشد؟

آیا ساختمان مجهز به سیستم و امکانات اطفاء حریق می باشد؟

آیا در ارتباط با موضوع بیمه در سه سال گذشته تاکنون ادعای غرامت علیه بیمارستان مطرح شده است؟

نام مدعی	موضوع ادعا	مبلغ پرداختی
----------	------------	--------------

تعهدات بیمه گر :

- غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی :
- غرامت فوت هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام :
- غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه :

مدت بیمه :

پیشنهاد دهنده بدین وسیله اعلام و تایید می نماید که پاسخ کلیه سوالات فوق را به صورت کامل، منطبق با واقعیت و بر اساس آخرین اطلاعات خود ارائه نموده و براساس شرایط عمومی بیمه نامه اقدام به استعلام نرخ و شرایط نموده است. و همچنین موافقت می نماید این پرسشنامه مبنای صدور بیمه نامه قرار گیرد

مهر و امضاء نماینده/کارگزار :

مهر و امضاء پیشنهاد دهنده :