



# پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای مدیر بیمارستان

( ویژه بیمارستان / کلینیک / درمانگاه )

## مشخصات متقاضی

نام مدیر بیمارستان/کلینیک/درمانگاه										کد ملی									
تاریخ تولد										شماره شناسنامه									
نوع تخصص:										شماره نظام پزشکی									
آدرس:										کدپستی:									
تلفن										نمبر همراه									

## سوابق بیمه ای

۱) آیا طی یکسال گذشته بیمه نامه مسئولیت حرفه ای مدیر بیمارستان/کلینیک/درمانگاه 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 مورد بیمه

۱) نام بیمارستان/کلینیک/درمانگاه: ..... 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

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، شماره بیمه نامه و تاریخ انقضای آن 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
ریال	حداکثر خسارت مالی هر حادثه به مبلغ
ریال	حداکثر خسارت مالی 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