



بیمه ایران

تاریخ
شماره
پیوست

پرسشنامه و پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی مسئول فنی
(ویژه بیمارستانها، کلینیکها و درمانگاهها)

نام بیمارستان / درمانگاه / کلینیک:	
نشانی:	تلفن:
نام مسئول فنی:	نوع تخصص:
مالکیت بیمارستان / درمانگاه / کلینیک:	شماره نظام پزشکی:
<input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی	
روز کار <input type="checkbox"/> شبانه روزی <input type="checkbox"/>	سال ساخت ابنیه ساختمانی:
سال بهره‌برداری:	زیربنا: تعداد طبقات:
تعداد آسانسورها:	ظرفیت آسانسورها:
تعداد کادر پزشکی:	تعداد کادر اداری و خدماتی:
تعداد بخشها:	بخش جراحی دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
بیمارستان / درمانگاه / کلینیک:	نخعی است <input type="checkbox"/> عمومی است <input type="checkbox"/>
آیا ساختمانیها مجهز به سیستم تأمین برق اضطراری می‌باشند؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا ساختمانیها مجهز به امکانات و سیستم اطفاء حریق می‌باشند؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا ساختمان و ابنیه بیمارستان / درمانگاه / کلینیک تحت پوشش بیمه‌نامه آتش‌سوزی می‌باشد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نزد کدام شرکت بیمه:
آیا پزشکان بیمارستان تحت پوشش بیمه‌نامه آتش‌سوزی می‌باشند؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نزد کدام شرکت بیمه:
آیا در ارتباط با موضوع بیمه، تاکنون ادعای غرامت علیه بیمارستان / درمانگاه / کلینیک مطرح شده است؟ (تعداد، مبالغ و نوع ادعا را دقیقاً شرح دهید)	
نام مدعی	موضوع ادعا
مبالغ پرداختی	
پوشش بیمه‌ای مورد تقاضا در رابطه با فوت، نقص عضو، از کار افتادگی و سایر صدمات بدنی هرنفر (بیماران و اشخاص ثالث)	ریال

بدینوسیله تأیید و گواهی می‌شود پرسشنامه فوق با اطلاع از شرح وظایف قانونی مسئول فنی بدرستی و منطبق و با واقعیت پاسخ داده شده است.

نام و امضاء مسئول فنی

تاریخ تکمیل: