



این پرسش نامه و پیشنهاد، اساس انعقاد قرارداد بیمه بوده و بیمه نامه بر اساس اطلاعات مندرج در آن صادر می گردد، بنابراین لازم است در تکمیل آن دقت کافی بعمل آید.

نام بیمه گذار(متقاضی بیمه): تاریخ تولد / سال تأسیس:

نشانی:

تلفن:

کد ملی / شناسه ملی:

کد اقتصادی:

کد پستی:

مدت بیمه:

از ساعت ۲۴ روز:

الی ساعت ۲۴ روز:

مشخصات مرکز درمانی محل اشتغال:

نوع مرکز درمانی: بیمارستان تعداد تخت ها: درمانگاه عمومی و توانبخشی پزشکی درمانگاه تخصصی مرکز جراحی محدود

داروخانه مرکز رادیولوژی و تصویر برداری پزشکی آزمایشگاه مرکز پزشکی هسته ای کلینیک پوست و مو مرکز هوم کر سایر:

زمان فعالیت مرکز درمانی: روزانه شبانه روزی

نام و نشانی / های مرکز درمانی:

ساعات فعالیت: لغایت

ساعات فعالیت: لغایت

ساعات فعالیت: لغایت

*در هنگام صدور بیمه نامه، ارائه تصویر پروانه مسئول / مسئولین فنی دارای اعتبار الزامی است.

*در صورتی که بیمه نامه به نام شخص حقوقی صادر می گردد و یا مرکز درمانی دارای بیش از یک مسئول فنی است، می بایست مشخصات کلیه مسئولین فنی در برگ پیوست (صفحه دوم) پرسشنامه درج گردد.

*لازم به توضیح است بیمه گر هیچ گونه تعهدی برای جبران خسارت ناشی از مسئولیت مسئولین فنی که اسامی آنها در بیمه نامه درج نشده و یا از طریق الحاقیه اضافه نشده است ندارد.

آیا قبلاً برای این موضوع فعالیت، بیمه نامه مسئولیت خریداری شده است؟ بله خیر

نام بیمه گر: شماره بیمه نامه: تاریخ انقضاء:

در صورتی که طی ۳ سال گذشته، خسارتی در ارتباط با موضوع این پیشنهاد افتاده است، تعداد و مبلغ خسارت وارده را به تفکیک هر حادثه درج فرمایید:

امکانات ایمنی موجود در محل را شرح دهید:

میزان تعهد مورد درخواست را تعیین و در جدول ذیل قید نمایید:

شماره	حد اکثر مبلغ (ریال)
۱	جبران خسارت دیه و یا ارش ناشی از صدمه بدنی یا فوت هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی
۲	جبران خسارت فوت هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام
۳	جبران خسارت دیه و یا ارش ناشی از صدمه بدنی یا فوت در طول مدت بیمه نامه
۴	جبران هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه
۵	جبران هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه نامه

اعتبار این پیشنهاد منوط به صدور بیمه نامه می باشد و این ورقه به تنهایی موجد هیچ گونه حقی برای بیمه گذار و یا منشاء هیچ گونه تعهدی برای بیمه گرنخواهد بود و در صورت وجود اختلاف در متن بیمه نامه و این پیشنهاد، بیمه نامه حاکمیت خواهد داشت.

بدین وسیله اعلام می دارد که کلیه اظهارات مندرج در این پرسشنامه و پیشنهاد صحیح بوده و موافقت می دارد که این پیشنهاد اساس صدور بیمه نامه و جزء لاینفک آن قرار گیرد.

نام بیمه گذار: تاریخ تنظیم و امضاء:

مهر و امضاء نماینده/کارگزار:

نماینده / کارگزار:

بازاریاب:

ردیف	نام و نام خانوادگی مسئول فنی	کد ملی	پست سازمانی	بخش	نوبت کاری	شماره نظام پزشکی
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						
۱۱						
۱۲						
۱۳						
۱۴						
۱۵						
۱۶						
۱۷						
۱۸						
۱۹						
۲۰						