

از شرکت بیمه پارسیان (سهامی عام)، درخواست می‌شود بیمه‌نامه مسئولیت مدنی حرفه‌ای مسئول فنی بیمارستان درمانگاه و کلینیک را بر اساس مندرجات این پیشنهاد به مدت

مدت روز از ساعت مورخ تا ساعت مورخ صادر نماید.	نام مسئول فنی:	کد ملی:		
	تاریخ تولد: روز	ماه	سال	شماره نظام پزشکی:
	تلفن:	کد پستی:		
	نام مراکز درمانی: بیمارستان / درمانگاه / کلینیک :	نشانی:		

مشخصات بیمه گذار	نوع مرکز درمانی: <input type="checkbox"/> تخصصی <input type="checkbox"/> عمومی	تعداد تخت:
	سال ساخت :	تعداد طبقات:
	تعداد آسانسورها:	ظرفیت آسانسورها:
	آیا ساختمان مرکز درمانی مجهز به سیستم تامین برق اضطراری می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	آیا ساختمان مرکز درمانی مجهز به امکانات و سیستم اطفاء حریق می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی

تعداد کارکنان شاغل در هر شیفت را با توجه به نوع تخصص آن‌ها مرقوم فرمایید:

آیا در ۵ سال گذشته، حوادث منجر به فوت و نقص عضو در محل کار شما روی داده است؟  خیر  بلی

در صورت مثبت بودن پاسخ، تعداد و نوع حادثه را با ذکر تاریخ مرقوم فرمایید:

تاریخ حادثه	نوع حادثه	تعداد فوت	تعداد نقص عضو	مبلغ خسارت (ریال)

مورد بیمه تعهدات	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه:	ریال .
	حداکثر تعهد بیمه‌گر برای فوت و نقص عضو در مجموع و در طی دوره بیمه:	ریال .

اینجانب تعهد می‌نمایم که به کلیه پرسش‌های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای مسئول فنی بیمارستان، درمانگاه و کلینیک می‌باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه‌گر می‌تواند مطابق مقررات اقدام نماید.

مهر و امضای بیمه گذار: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_ مهر و امضای بیمه گر: \_\_\_\_\_

• این قسمت توسط بیمه گر تکمیل گردد.

بیمه نرخ	نرخ حق بیمه :	ریال .
	تخفیف عدم خسارت :	
بیمه جمع	جمع کل حق بیمه (به عدد) :	ریال (به حروف) :