



« سهامی عام »

www.BimehAsia.ir

Email: Masouliat@BimehAsia.ir

پیشنهاد بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای

مسئولین فنی بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، درمانگاه‌ها، مراکز جراحی محدود، موسسات پزشکی هسته‌ای، داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها، رادیولوژی و تصویربرداری پزشکی در قبال بیماران و اشخاص ثالث

تهران، خیابان آیت اله طالقانی، حدفاصل خیابان ولیعصر و خیابان حافظ، ساختمان شماره ۴۰۴
تلفن: ۱۲ و ۶۶۹۷۷۱۱۱
فاکس: ۶۶۹۷۷۲۰۶
کد اقتصادی: ۴۱۱۱۱۷۱۵۴۱۷

از شرکت بیمه آسیا (سهامی عام) درخواست می‌گردد بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه‌ای مسئولین فنی بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، درمانگاه‌ها، مراکز جراحی محدود، موسسات پزشکی هسته‌ای، داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها، رادیولوژی و تصویربرداری پزشکی در قبال بیماران و اشخاص ثالث را با توجه به اطلاعات مورد درخواست مندرج در این پیشنهاد برای بیمه گذار با مشخصات زیر به مدت روز از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ صادر نماید.

مشخصات بیمه گذار

نام کامل بیمه گذار: شماره ملی: نشانی بیمه گذار: کد پستی:
کد اقتصادی: شماره مجوز: سابقه کار:
شماره تلفن / دورنگار: شماره تلفن همراه: پست الکترونیک:
نشانی محل مورد بیمه: کد پستی محل مورد بیمه:

مشخصات واحد مورد صدور

نام نمایندگی: کد: واحد صدور:
نام کارگزاری: کد: واحد صدور:
بیمه نامه تمدیدی است یا خیر؟ (نزد کدام شرکت): شماره بیمه نامه سال قبل:
شماره پروانه بهره برداری:

گروه انتخابی مسئولین فنی

الف- بیمارستان
ب- کلینیک
ج- درمانگاه‌های خیریه و درمانگاه‌های تخصصی (به غیر از درمانگاه تخصصی مغز، اعصاب و روان) و خدمات توانبخشی پزشکی شامل:
شبانه‌روزی روزانه
دندان‌پزشکی
ایمونولوژی
تخصص داخلی
آلرژی
لیزر تراپی
کار درمانی
فیزيوتراپی
چشم پزشکی
گفتار درمانی
سایر:
د- درمانگاه‌های تخصصی مغز و اعصاب:
روزانه شبانه‌روزی
ه- مراکز جراحی محدود:
روزانه شبانه‌روزی
و- موسسات پزشکی هسته‌ای:
روزانه شبانه‌روزی
ز- داروخانه:
روزانه شبانه‌روزی
ر- آزمایشگاه تشخیص طبی:
روزانه شبانه‌روزی
ز- مراکز رادیولوژی و تصویربرداری پزشکی (شامل سونوگرافی، سی تی اسکن و MRI):
روزانه شبانه‌روزی

مشخصات مراکز درمانی

نام مرکز درمانی: تاریخ تاسیس:
تعداد تخت‌های بیمارستان: تعداد تخت‌های کلینیک:
شرح مختصری از بخش‌های مختلف موجود در بیمارستان / کلینیک و درمانگاه: (چنانچه بیمارستان شامل چند بخش است، بخش‌های مختلف آن را شرح دهید):
تجهیزاتی که در بیمارستان / درمانگاه / کلینیک مورد استفاده قرار می‌گیرد:
نوع خطرات احتمالی ناشی از موضوع بیمه‌نامه:
آیا دارای سابقه خسارت می‌باشید؟ (در صورت مثبت بودن پرسش زیر را تکمیل نمایید)
بلی خیر
تعداد حوادث در سه سال گذشته که منجر به فوت، نقص عضو یا هزینه پزشکی گردیده است:
فوت: نفر طی حادثه نقص عضو: نفر طی حادثه
هزینه پزشکی: نفر طی حادثه

ردیف	نام و نام خانوادگی مسئول فنی	گروه انتخابی	نوع تخصص	شماره نظام پزشکی	کد ملی	شماره تلفن همراه
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						
۱۱						
۱۲						
۱۳						
۱۴						
۱۵						
۱۶						
۱۷						
۱۸						
۱۹						
۲۰						

- ۱- غرامت فوت و صدمات جسمانی برای هر نفر در هر حادثه در ماه‌های عادی حداکثر: مبلغ ریال
- ۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه‌های حرام حداکثر: مبلغ ریال
- ۳- هزینه‌های پزشکی ناشی از حوادث موضوع این بیمه نامه برای هر نفر در هر حادثه حداکثر: مبلغ ریال
- ۴- حداکثر تعهد بیمه‌گر برای فوت و صدمات جسمانی طی مدت بیمه نامه: مبلغ ریال
- ۵- حداکثر تعهد بیمه‌گر برای هزینه‌های پزشکی طی مدت بیمه نامه: مبلغ ریال

- ۶) پوشش جبران هزینه‌های پزشکی بدون اعمال تعرفه
- ۱۰) پوشش بیمه‌ای مازاد بر یک دیه (با سرمایه):
- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ۱۰/۱ - ۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۱۰/۲ - ۹۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۱۰/۳ - ۱.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۱۰/۴ - ۱.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال |
| <input type="checkbox"/> ۱۰/۵ - ۱.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۱۰/۶ - ۲.۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۱۰/۷ - ۲.۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۱۰/۸ - ۲.۷۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال |
| <input type="checkbox"/> ۱۰/۹ - ۳.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۱۰/۱۰ - ۳.۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۱۰/۱۱ - ۳.۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۱۰/۱۲ - ۳.۹۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال |
| <input type="checkbox"/> ۱۰/۱۳ - ۴.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۱۰/۱۴ - ۴.۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۱۰/۱۵ - ۴.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۱۰/۱۶ - ۵.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال |
- ۱۲) پوشش بیمه‌ای افزایش ارزش ریالی دیه (با سرمایه):
- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ۱۲/۱ - ۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۱۲/۲ - ۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۱۲/۳ - ۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۱۲/۴ - ۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال |
| <input type="checkbox"/> ۱۲/۵ - ۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۱۲/۶ - ۱.۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۱۲/۷ - ۱.۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۱۲/۸ - ۱.۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال |
| <input type="checkbox"/> ۱۲/۹ - ۱.۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال | <input type="checkbox"/> ۱۲/۱۰ - ۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال | | |

سایر پوشش‌های مورد درخواست:

اینجانب تعهد می‌نمایم که:

۱. به کلیه پرسش‌های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه‌ای مسئولین فنی بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، درمانگاه‌ها، مراکز جراحی محدود، موسسات پزشکی هسته‌ای، داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها، رادیولوژی و تصویربرداری پزشکی در قبال بیماران و اشخاص ثالث می‌باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه‌گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه‌نامه صادره، مسئول جبران خسارت خواهد بود.

۲. کلیه قوانین مربوط به مبارزه پولشویی را رعایت نمایم.

تاریخ تکمیل پیشنهاد: .../.../...

مهر و امضاء نمایندگی یا کارگزاری:

تلفن تماس:

نام / مهر و امضاء بیمه‌گذار: