



« 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 آیت‌الله طالقانی، حدفاصل خیابان
استاد نجات الهی و خیابان قرنی، نبش کوچه صف شکن،
ساختمان شماره ۴۰۴
● تلفن: ۸۷۰۷
● فاکس: ۸۸۸۰۰۹۶۰
● 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.

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 :

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 :

بیمارستان ☐
کلینیک ☐
درمانگاه‌های خیریه و درمانگاه‌های تخصصی (به غیر از درمانگاه تخصصی مغز، اعصاب و روان) و خدمات توانبخشی پزشکی شامل: ☐ شبانه‌روزی ☐ روزانه
☐ آلرژی ☐ لیزر تراپی ☐ تخصص داخلی ☐ ایمونولوژی ☐ دندان پزشکی ☐
☐ کار درمانی ☐ فیزیوتراپی ☐ چشم پزشکی ☐ گفتار درمانی ☐ سایر:
درمانگاه‌های تخصصی مغز و اعصاب: ☐ شبانه‌روزی ☐ روزانه
مراکز جراحی محدود: ☐ شبانه‌روزی ☐ روزانه
موسسات پزشکی هسته‌ای: ☐ شبانه‌روزی ☐ روزانه
داروخانه: ☐ شبانه‌روزی ☐ روزانه
آزمایشگاه تشخیص طبی: ☐ شبانه‌روزی ☐ روزانه
مراکز رادیولوژی و تصویربرداری پزشکی (شامل سونوگرافی، سی تی اسکن و MRI): ☐ شبانه‌روزی ☐ روزانه

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:
.....
.....

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 صدمت جسمانی برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی حداکثر: مبلغ ریال
- ۲- غرامت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام حداکثر: مبلغ ریال
- ۳- هزینه های پزشکی ناشی از حوادث موضوع این بیمه نامه برای هر نفر در هر حادثه حداکثر: مبلغ ریال
- ۴- حداکثر تعهد بیمه گر برای فوت و صدمات جسمانی طی مدت بیمه نامه: مبلغ ریال
- ۵- حداکثر تعهد بیمه گر برای هزینه های پزشکی طی مدت بیمه نامه: مبلغ ریال

☐ پوشش جبران هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه

☐ پوشش تعدد دیات و دیات غیرمصری

☐ پوشش افزایش ارزش ریالی دیه ☐ یک بار ☐ دو بار ☐ سه بار

سایر پوشش های مورد درخواست:

اینجانب تعهد می نمایم که:

۱. به کلیه پرسش های این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای مسئولین فنی بیمارستان ها، کلینیک ها، درمانگاه ها، مراکز جراحی محدود، موسسات پزشکی هسته ای، داروخانه ها، آزمایشگاه ها، رادیولوژی و تصویربرداری پزشکی در قبال بیماران و اشخاص ثالث می باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر فقط در چارچوب حدود شرایط و مقررات بیمه نامه 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 بیمه گذار: