

فرم درخواست مشاوره رایگان بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان کسب و کارهای تولیدی، صنعتی، تجاری، بازرگانی و خدماتی

لطفا پس از تکمیل فرم ذیل به یکی از نشانیهای ذیل فرم ارسال فرمایید

در نظر داشته باشید پاسخ به کلیه سؤالات الزامی نیست ولی در صورت پاسخ بیشتر به سؤالات امکان ارائه راه حل جامع تری خواهد بود.

نام شرکت بیمه گذار: _____ ماهیت دولتی غیردولتی - موضوع فعالیت _____
مشخصات فردی که پی گیریها از طریق ایشان انجام پذیرد:
آقای / خانم _____ سمت: _____ تلفن ثابت: _____ تلفن همراه: _____

- قبلا بابت مسئولیت کارفرما خسارت داشته اید؟ بلی خیر در صورت مثبت بودن چقدر بوده است؟
- قبلا بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان داشته اید؟ بلی خیر در صورت مثبت بودن تاریخ انقضاء:
- تعداد کارکنان دائمی _____ نفر - حداقل تعداد در طول سال _____ نفر - حداکثر تعداد در طول سال _____ نفر
- ساعت کاری در شبانه روز _____

پوشش های اصلی	سقف تعهدات (ریال)
حداکثر پوشش هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه	
حداکثر پوشش هزینه پزشکی در طول مدت بیمه نامه	
حداکثر پوشش فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماه عادی	
حداکثر پوشش فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماه حرام	
حداکثر پوشش فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه نامه	
حداکثر پوشش دیه مازاد بر دیه اول	

پوشش های فرعی	انتخاب پوشش
پوشش مأموریت های خارج از کارگاه	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
پوشش اماکن وابسته به کارگاه (رستوران - حمام - انبار - خوابگاه - نمازخانه)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
پوشش حوادث نقلیه موتوری به طور کامل	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
پوشش مسئولیت پیمانکاران فرعی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
پوشش مسئولیت مهندسین ناظر یا مشاور	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
پوشش پرداخت خسارت بدون رای دادگاه	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
پوشش پرداخت خسارت پزشکی بدون اعمال تعرفه	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
سقف تعهدات مطالبات سازمان تامین اجتماعی برای هر یک از کارکنان - ماده ۶۶	ریال
سقف تعهدات مطالبات سازمان تامین اجتماعی برای مدت بیمه نامه	ریال
پوشش شخص کارفرما	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
پوشش خسارت جانی اشخاص ثالث	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
پوشش مابه التفاوت افزایش دیه هر سال علاوه بر میزان تعهدات خریداری شده	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
پوشش صدمات جسمی کارکنان بر اثر حوادث نامرتبط به فعالیت بیمه شده	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
پوشش صدمات جسمی کارکنان بر اثر مسئولیت متقابل کارکنان نسبت به هم	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

از لحظه ارسال فرم تکمیل شده به یکی از نشانیهای ذیل فرم حداکثر تا ۴ روز کاری این کارگزاری طرح پیشنهادی خود را ارسال خواهد نمود