



فرم درخواست استعلام بیمه مسئولیت کارفرما

مشخصات بیمه گذار:

نماینده‌گی الماسی ۱۶۳۳

تلفن: ۰۲۱۳۵۶۸۴۴۴۲

موبایل: ۰۹۲۲۰۴۱۸۲۴۴

نام و نام خانوادگی: نام شرکت:

کد ملی: شماره ثبت: شناسه ملی:

شماره شناسنامه: تلفن همراه: کد اقتصادی:

تاریخ تولد: تلفن:

نوع فعالیت:

نشانی:

تعداد کل نفرات: نیروی اداری: نیروی متغیر: نیروی تولید (تفکیک شده):

شیفت: ۱ شیفت ۲ شیفت ۳ شیفت

نوع تعهدات	حداکثر مبلغ تعهد به ریال
هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه	
هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه	
گرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در (ماههای عادی)	
گرامت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه (در ماههای حرام)	
تعهد بیمه گر برای غرامت نقص عضو در حادثه مزاد بر ديه كامل (ديه دوم) برای هر نفر	
تعهد بیمه گر برای غرامت نقص عضو در حادثه مزاد بر ديه كامل (ديه دوم) در طول مدت بیمه	
حداکثر تعهد بیمه گر برای غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه	
مطالبات سازمان تأمین اجتماعی (ماده ۶۶) برای هر نفر	
مطالبات سازمان تأمین اجتماعی (ماده ۶۶) در طول مدت بیمه	

پوشش های اضافی:

فرانشیز هزینه پزشکی درصد مدت بیمه نامه:

صدور بیمه نامه بصورت: با نام بی نام

مابه التفاوت ديه يكسال دو سال سه سال

پوشش حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری پوشش جبران هزینه های پزشکی

پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث پوشش مأموریت خارج از کارگاه (مکان فعالیت) کارکنان

پوشش نوسان تعداد کارکنان تا ۲۰ درصد زمان صدور بیمه نامه

پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی

پوشش غرامت دستمزد روزانه