

ارقام به ریال تکمیل گردد

۱. مشخصات بیمه گذار		(نام شرکت {بیمه گذار اصلی} :	
نام سازمان مربوطه:	آدرس:	نام شرکت:	
شماره تماس/فکس:	آدرس پست الکترونیک:	کد پستی:	
مدیر حقوقی (در صورت وجود):	کد اقتصادی/ شماره ثبت:	زمینه فعالیت شرکت:	
تاریخ شروع فعالیت:	تاریخ شروع بیمه نامه :		
۲. درآمد			
متوسط درآمد سالانه شرکت/گردش مالی ۱۲ ماهه :			
متوسط مالیات پرداختی سالانه:			

هزینه دادرسی مطروحه در شورای حل اختلاف	هزینه تنظیم انواع قرارداد	هزینه کارشناس رسمی دادگستری	هزینه تنظیم دادخواست و کیفر خواست	هزینه های وکیل جهت دفاع	هزینه مشاوره حقوقی	هزینه دادرسی	۳. ریسک تحت پوشش
							۴. دعاوی تحت پوشش
							اتومبیل (توقیف، خسارت مالی و بدنه، ضبط گواهی نامه، جرائم رانندگی)
							املاک و دارایی (فروش، رهن و اجاره، همسایگان)
							خانواده (ازدواج، حضانت، قیومیت، اطفال)
							مالی و تجاری (چک، حکم جلب)

۵. پوشش اضافی (سقف ریالی مورد نظر درج شود) :

طلاق --- ارث --- توقیف اموال و فک رهن --- پیمانکار و تعمیرکار --- خرید و مالکیت ملک --- حوادث جانی اتومبیل --- ورشکستگی ---

۶. کارکنان : اطلاعات تکمیلی را در صفحات اضافی درج و به همراه این فرم تحویل بیمه گر دهید. (تعداد صفحات پیوستی.....)

چند نفر کارمند تمام وقت دارید؟ (کارمندانی که در هفته ۳۷،۵ ساعت در هفته مشغول به کار هستند)

چند نفر کارمند نیمه وقت (غیر فول تایم) دارید؟

ارزش قراردادهای شرکت چقدر است؟ میانگین
بیشترین

آیا هیچ قراردادی بیش از ۲۵٪ کل گردش مالی واقعی دارید جزئیات را ذکر نمایید.

آیا در ۶ ماه گذشته در رابطه با هر یک از قراردادهای شما مورد بازخواست یا بررسی مراجع ذیصلاح قرار گرفته اید جزئیات را ذکر نمایید

آیا هیچ پرونده ای در رابطه با مراکز قانون گذار امنیتی بهداشتی و محیطی داشته اید جزئیات را ذکر نمایید

آیا آیین نامه یا مقرراتی در رابطه با استخدام دارید؟ جزئیات را ذکر نمایید

آیا در شش ماه گذشته هیچ یک از کارکنان خود رامعلق و یا اخراج و یا به هر شکل مجبور به ترک خدمت کرده اید جزئیات را ذکر نمایید

۷. تاریخچه و سابقه خسارت:

آیا تا به حال پرونده حقوقی داشته اید؟ بله/خیر

در صورتی که داشته اید در ۳ ماه گذشته چند پرونده داشته اید لطفاً به اختصار توضیح دهید

آیا تا به حال از کسی شکایت کرده اید؟

آیا از شما تا به حال شکایت شده است؟ (در صورت مثبت بودن موضوع را مطرح کنید)

۸. اظهار نامه

با تکمیل این فرم این جانب.....به نمایندگی ازضمن مطالعه و پذیرش شرایط بیمه نامه صادره شرایط عمومی

سایر پیوستها نسبت به دریافت پوشش بیمه و کالت اقدام می نماید و بدین وسیله تعهدمی نمایم در صورت وقوع حادثه منجر به

ایجاد هزینه قبل از هرگونه اقدام، مراتب را به بیمه گر به شماره ۸۹۳۸۲-۰۲۱ و یا بوسیله سایت www.kowsarininsurance.ir

اعلام و مطابق نظر بیمه گر اقدام نمایم. تاریخ: مهر و امضاء: