

تفاصيل مقدمي إستمارة الطلب



الإسم

عنوان المباني

الدينة

الشارع

اللبى

الدولة

الطابق / رقم المكتب

صندوق البريد

تفاصيل الشركة



قطاع / طبيعة العمل (النشاط للزاول)

الإيرادات (يرجى اختيار الربع الصحيح)

أقل من مليون واحد (ريال قطري)

بين مليون واحد و خمسة ملايين (ريال قطري)

بين خمسة ملايين و عشرة ملايين (ريال قطري)

بين عشرة ملايين و عشرين مليون (ريال قطري)

بين عشرين مليون و خمسة و ثلاثين مليون (ريال قطري)

أكثر من خمسة و ثلاثين مليون (ريال قطري)

عدد الموظفين / الإيرادات السنوية

تفاصيل الإتصال



اسم الشخص المخول بالتوقيع نيابة عن الشركة

النصب

البريد الإلكتروني

الهاتف

الجوال

تفاصيل الأصول المؤمن عليها



عمر اللبى

أقل من ١٥ عاما

أكثر أو يساوي ١٥ عاما

هل تشغل الشركة أكثر من مبنى واحد؟

نعم

لا

عدد الموظفين الذين يمارسون عملاً يدوياً

اختيار التغطية (يرجى إختيار إحدى التغطيات التالية)



المبلغ المؤمن عليه / الحد الأقصى (ريال قطري)				التغطية
التغطيات الإلزامية				
١,٠٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٥٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٢٥٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	١٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	المحتويات داخل المبنى
١,٠٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٥,٠٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٢,٥٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	١,٠٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	مسؤولية صاحب العمل
يرجى تحديد المبلغ:				تعويضات العمال (يرجى تحديد إجمالي الرواتب السنوية)
١,٠٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٥,٠٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٢,٥٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	١,٠٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	المسؤولية العامة
التغطيات الإختيارية				
١,٠٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٥٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٢٥٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	١٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	الاجهزة المحمولة
١,٠٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٥,٠٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٢,٥٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	١,٠٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	المبنى
يرجى تحديد المبلغ:				أموال العمل أثناء النقل (يرجى تحديد إجمالي المبالغ النقدية المنقولة سنويا)
			١٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	أموال المكاتب
		١٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٥٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	ضمان خيانة الأمانة (مبلغ التأمين لكل شخص مؤمن عليه)
		١٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٥٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	الحوادث الشخصية (مبلغ التأمين لكل شخص مؤمن عليه)
	٥٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٢٥٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	١٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	تعطل أجهزة الكمبيوتر - ضرر مادي فقط
٢٥,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	١٥,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	١٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٥,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	المتعلقات الشخصية - العملاء
٤٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٢٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	١٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٤٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	المخزون
	٢٥٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	١٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٥٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	خسارة الإيجار نتيجة إنقطاع الأعمال وزيادة نفقات العمل
١,٠٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	١,٠٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٥٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٢٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	خسارة إجمالي الربح جراء إنقطاع الأعمال
١,٠٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٥٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٢٥٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	١٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	تعطل الآلات
١,٠٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٥٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٢٥٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	١٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	أعضاء مجلس الإدارة و الدراء (المسؤولية القانونية)
١,٠٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٥٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٢٥٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	١٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	المسؤولية القانونية الناتجة عن المنتجات
١,٠٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٥٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	٢٥٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	١٠٠,٠٠٠ <input type="checkbox"/>	تأمين الأخطار المهنية
أكثر من أو يساوي <input type="checkbox"/> ٥,٠٠٠,٠٠٠	أقل من <input type="checkbox"/> ٥,٠٠٠,٠٠٠	أقل من <input type="checkbox"/> ٢,٠٠٠,٠٠٠	أقل من <input type="checkbox"/> ٥٠٠,٠٠٠	البضائع المنقولة (قيمة البضائع المنقولة سنويا)

الملحق



رقم	التصنيع	الموديل	تاريخ الشراء	القيمة	تفاصيل الأجهزة المحمولة
١					
٢					
٣					
٤					
٥					

المنصب + الأسم الأول + اسم العائلة	رقم	أسماء الموظفين المغطون بموجب منفعة تأمين الحوادث الشخصية
	١	
	٢	
	٣	
	٤	
	٥	
	٦	
	٧	
	٨	
	٩	
	١٠	
	١١	
	١٢	
	١٣	
	١٤	
	١٥	
	١٦	
	١٧	
	١٨	
	١٩	
	٢٠	

المنصب + الأسم الأول + اسم العائلة	رقم	أسماء الموظفين المغطون بموجب منفعة ضمان خيانة الأمانة
	١	
	٢	
	٣	
	٤	
	٥	



أرغب في تلقي معلومات عن التالي:

<input type="checkbox"/> تأمين الرعاية الصحية	<input type="checkbox"/> تأمين المسؤولية المدنية
<input type="checkbox"/> تأمين أسطول المركبات	<input type="checkbox"/> تأمين البضائع
أنواع التأمين الأخرى: يرجى التحديد	

إخلاء المسؤولية



سيتم معالجة هذه الإستمارة فقط عند إملاء كافة التفاصيل المطلوبة، و توقيعها من قبل الشخص المخول بذلك و تقديم نسخة من الرخصة التجارية للشركة. لا تعد هذه الاستمارة مستند ملزم قانونياً و تخضع للمراجعة من قبل جي.آي.جي. يرجى الرجوع إلى كتيب الوثيقة للإطلاع على كافة شروط واستثناءات الوثيقة.

اسم الشركة:	تاريخ بدء الوثيقة:
المخول بالتوقيع (اسم المخول بالتوقيع نيابة عن الشركة):	