



شماره مدرک: PI-4000-FR-210

شماره بازنگری: 04

بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان

شماره ثبت: ۲۰۰۷۲۲

بارکد

شرکت بیمه پارسیان (سهامی عام)، براساس پیشنهاد کتبی مورخ ۱۳۳۹ و قانون مسئولیت مدنی مصوب ۱۳۳۹، این بیمه نامه را به موجب شرایط عمومی و خصوصی پیوست که جزء لاینفک این بیمه نامه می باشد، صادر می نماید.

کد رایانه: ۸۲۹۳۲۲۵ شماره بیمه نامه: ۴۱۱/۵۰۱۳۷۰/۴۰۲/۰۰۱۳۰ شماره بیمه نامه سال قبل: شرکت بیمه گر قبلی: ندارد	کد پکنا: ۳۱۱۲۰۴۷۲۷۲۹ تاریخ صدور: ۱۴۰۲/۱۰/۳۰ کد: ۵۰۱۳۷۰	نماینده/کارگزاری: سیده زهرا موسوی
نام بیمه گذار: گروه عمران معماری نگین آمینیس کد ۳۳۸۵۹۱۰ نشانی: استان تهران شهر تهران-استان تهران-منطقه ۱۹، شهرستان تهران-بخش مرکزی-شهر تهران، محله آسمان، خیابان شهید حسن شکرانی، بلوار شهید باگ زیاد، پلاک ۱۰، ساختمان رنو، طبقه چهارم کد پستی: ۱۹۹۸۱۴۷۹۹۰	کد اقتصادی: ثبت نشده شماره اقتصادی: ۱۰۳۲۰۷۸۳۸۱۹ شماره تلفن همراه: ۰۹۱۲۰۵۵۰۰۵۴	

نوع فعالیت: اجرای دکوراسیون داخلی	فانقد تخفیف عدم خسارت
ردیف: ۱	تعداد کارکنان ثابت: ۳۰
طبقه فعالیت: اجرای دکوراسیون داخلی (۲۴۳)	تعداد کارکنان متغیر: حد اکثر
	حد اقل

بیمه نامه محدود مکانی	آدرس محل فعالیت: تهران، ابتدای بزرگراه خلیج فارس، نمایشگاه بین المللی شهرآفتاب، کل سالن AP و سالن ملل
-----------------------	---

"شرایط خصوصی بیمه نامه پیوست بیمه نامه می باشد"

پوشش های تکمیلی شماره: ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، خریداری شده است.

تهانات بیمه گر	حد اکثر تعهد بیمه گر جهت فوت و نقص عضو برای هر نفر در هر حادثه در ماه های عادی:	۹,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
	حد اکثر تعهد بیمه گر جهت فوت برای هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام:	۱۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
	حد اکثر تعهد بیمه گر جهت هزینه های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه:	۹,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
	حد اکثر تعهد بیمه گر جهت فوت و نقص عضو در طی دوره بیمه:	۳۶,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
	حد اکثر تعهد بیمه گر جهت هزینه های پزشکی در طی دوره بیمه:	۲,۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
	حد اکثر تعهد بیمه گر جهت پوشش تعدد دیات و دیات غیرمصری برای هر نفر در هر حادثه:	۹,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
	حد اکثر تعهد بیمه گر جهت پوشش تعدد دیات و دیات غیرمصری در طی دوره بیمه:	۹,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
	حد اکثر تعهد بیمه گر جهت پوشش مطالبات تبصره یک ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی برای هر نفر در هر حادثه:	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
	حد اکثر تعهد بیمه گر جهت پوشش مطالبات تبصره یک ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی در طی دوره بیمه:	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

فرانشیز: فرانشیز هزینه های پزشکی: ۰٪. هر خسارت حداقل ۰ ریال

مدت بیمه: این بیمه نامه از ساعت ۲۴ مورخ ۱۴۰۲/۱۱/۰۲ تا ساعت ۲۴ مورخ ۱۴۰۲/۱۱/۱۷ به مدت ۱۵ روز معتبر می باشد.

نحوه پرداخت: طی رسید وصول حق بیمه شماره ۹۹۹۲۸۸۲۷ شامل: ۱ فقره قبض نقدی

حق بیمه: حق بیمه نهایی: ۳۷,۴۴۹,۰۰۰ ریال
عوارض و مالیات بر ارزش افزوده: ۳,۳۷۰,۴۱۰ ریال
مبلغ قابل پرداخت به عدد: ۴۰,۸۱۹,۴۱۰ ریال (و به حروف): چهل میلیون و هشتصد و نوزده هزار و چهار صد و بیست و یک ریال

پوشش های تکمیلی و شرایط عمومی بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان جزء لاینفک بیمه نامه می باشد.

نشانی نماینده/کارگزاری: تهران، بزرگراه فتح کوی ۱۷ شهرپور، دوبروی شهرداری ناحیه ۴، مجتمع تجاری پاسارگاد، پلاک ۵۲
تلفن نماینده/کارگزاری: ۰۶۶۷۸۹۰۲۴
کد پستی: ۱۴۸۷۸۵۶۹۹۸

کارشناس اول: کارشناس دوم: شماره اقتصادی: ۱۰۱۰۲۴۲۴۸۱۸

آدرس: تهران، خیابان ولی عصر، بالاتر از بلوار میرداماد، خیابان قبادیان غربی، پلاک ۲۲، کد پستی: ۱۹۶۹۶۳۳۳۳۱ - مرکز ارتباطات ۸۲۵۹
www.parsianinsurance.ir



شماره مدرک: PI-4000-FR-210

شماره بازننگری: 04

بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنانشماره ثبت: ۲۰۰۷۲۲
(سهامی عام)

بارکد

شرکت بیمه پارسیان (سهامی عام)، براساس پیشنهاد کتبی مورخ ۱۳۱۶ و قانون مسئولیت مدنی مصوب ۱۳۳۹، این بیمه نامه را به موجب شرایط عمومی و خصوصی پیوست که جزء لاینفک این بیمه نامه می باشد، صادر می نماید.

مشخصات بیمه نامه	کد رایانه: ۸۲۹۳۲۲۵	کد پکنا: ۳۱۱۲۰۴۷۲۷۲۹	نماینده/کارگزاری: سیده زهرا موسوی
	شماره بیمه نامه: ۴۱۱۰/۵۰۱۳۷۰/۴۰۲/۰۰۰۱۲۰	تاریخ صدور: ۱۴۰۲/۱۰/۳۰	کد: ۵۰۱۳۷۰
مشخصات بیمه گذار	شماره بیمه نامه سال قبل:	تاریخ انقضای بیمه نامه سال قبل:	
	شرکت بیمه گر قبلی: ندارد		
نام بیمه گذار:	گروه عمران معماری نگین آمپیس کد: ۳۳۸۵۹۱۰		
	نشانی:	استان تهران-شهر تهران-استان تهران - منطقه ۱۹، شهرستان تهران، بخش مرکزی، شهر تهران، محله آسمان، خیابان شهید حسین شکرانی، بلوار شهید پاک نژاد، پلاک ۱۰، ساختمان رنو، طبقه چهارم	
کد پستی:	۱۹۹۸۱۴۷۹۹۰		
شماره تلفن / همراه:	۰۹۱۲۰۵۵۰۰۵۲		

۱- بیمه گذار موظف است تعداد نیروی کار خود را با احتساب تعداد عوامل اجرایی و کارکنان وی به بیمه گر اعلام نماید در غیر اینصورت، خسارت یا اعمال قاعده نسبی پرداخت خواهد شد.

۲- اثبات رابطه کاری میان کارفرما و زیان دیده بر عهده بیمه گزار می باشد.

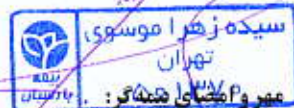
۳- موضوع فعالیت شعبه بیمه نامه عرقه سازی و اجرای دکوراسیون نمایشگاهی می باشد.

۴- بیمه گذار متعهد به تادیه حق بیمه طبق شرایط بیمه نامه می باشد. در صورت عدم پرداخت حق بیمه، بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت احتمالی نخواهد داشت. در صورت تقسیط و عدم پرداخت برخی اقساط حق بیمه از جانب بیمه گذار، تعهدات بیمه گر به نسبت حق بیمه پرداختی و وجهی که باید به طور کامل پرداخت می شد تقلیل یافته و بیمه گر مجاز است نسبت به فسخ بیمه نامه اقدام نماید در بیمه نامه های اقساطی، عدم وصول چک به منزله عدم وصول حق بیمه می باشد و قاعده نسبی حق بیمه به شرح فرم اعلامیه پادکار بیمه نامه اعمال خواهد شد.

۵- هرگاه مفاد بیمه نامه و اوراق الحاقی با موافقت هائی که بین طرفین به عمل آمده است مطابقت نداشته باشد، بیمه گذار موظف است ظرف ۱۵ روز از تاریخ دریافت بیمه نامه یا الحاقیه بطور کتبی تقاضای اصلاح نماید و گرنه اوراق مذکور قطعی تلقی خواهد شد.

۶- بیمه گذار موظف است مشخصات عوامل اجرایی (پیمانکاران اصلی و فرعی) را در زمان صدور بیمه نامه و یا در زمان شروع فعالیت عوامل اجرایی به بیمه گر اعلام نماید.

۷- در این بیمه نامه صرفاً مسئولیت بیمه گذار مندرج بیمه نامه در قبال کارکنان خود به شرح مندرج در شرایط خصوصی بیمه نامه، تحت شمول بوده و در صورت انتقال فیزی یا ارادی مورد بیمه به دیگر اشخاص حقیقی یا حقوقی، بیمه گر در صورتی مسئولیت کارفرمای جدید را می پذیرد که انتقال مذکور ظرف سه روز کاری از تاریخ انتقال توسط طرفین معامله (انتقال دهنده و انتقال گیرنده) به صورت کتبی قبل از وقوع حادثه احتمالی به بیمه گر اعلام گردیده باشد و بیمه گر در صورت پذیرفتن بیمه مسئولیت کارفرمای جدید در قبال کارکنان (یا صدور الحاقیه) مراتب را مورد تأیید قرارداد باشد. بیمه گر متعهد است ظرف دو روزکاری پس از وصول نامه انتقال دهنده نظر خود مبنی بر پذیرش بیمه مسئولیت کارفرمای جدید یا عدم پذیرش آن را به انتقال گیرنده اعلام دارد.



کارشناس اول: کارشناس دوم:

شماره اقتصادی: ۱۰۱۰۲۲۲۴۸۱۸

آدرس: تهران، خیابان ولی عصر، بالاتر از بلوار میرداماد، خیابان قبادیان غربی، پلاک ۲۲، کد پستی: ۱۹۶۹۶۳۳۳۳۱ - مرکز ارتباطات ۸۲۵۹

www.parsianinsurance.ir

صفحه ۲ از ۵

پوشش های تکمیلی و شرایط عمومی بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان جزء لاینفک بیمه نامه می باشد.

نشانی نماینده/کارگزاری: تهران، بزرگراه فتح، کوی ۱۷ شهریور، دوبروی شهرداری ناحیه ۴، مجتمع تجاری پاسارگاد، پلاک ۵۲
کد پستی: ۱۴۸۷۸۵۶۹۹۸
تلفن نماینده/کارگزاری: ۰۶۶۷۸۹۰۴۴ - ۰۹۱۲۳۱۰۹۲۰