

**بیمه نامه مسئولیت مدنی  
کارفرما در برابر کارکنان**

کد فرم: FO-LI-07-01

شرکت بیمه نوین بنا به پیشنهاد شماره مورخ بیمه گذار و با رعایت قانون مسئولیت مدنی مصوب سال ۱۳۳۹، قانون کار مصوب سال ۱۳۶۸، شرایط خصوصی و عمومی مندرج در متن و ظهر و شرایط پیوست این بیمه نامه و در ازای پرداخت حق بیمه از سوی بیمه گذار، متعهد است خسارتهای بدنی وارد به کارکنان در حین انجام کار و در محل کار ناشی از مسئولیت بیمه گذار را جبران می نماید.

کد رایانه بیمه نامه: ۱۰۲۴۶۷۵۶	شماره بیمه نامه: ۱۴۰۲/۱۰۱/۴۴۸۵/۴۴۸۵/۵۱۰۰۰۰۲
تاریخ صدور: ۱۴۰۲/۰۶/۱۲	شماره بیمه نامه قبلی: ۷۰۴۱۳/۲۵۲/۱۴-۱۴۰۱/۳۷۵
نماینده / کارگزار: فاطمه رضائی المونی کد ۴۴۸۵	
بیمه گذار: غرفه گستران پارسیان کد ۷۴۳۰۴۳۶	نشانی: تهران - سئول - نمایندگاه بین المللی - سالن ۳۷ - اتاق ۵ -
تلفن:	نوع بیمه گذار: حقوقی
کد اقتصادی: ۴۱۱۳۹۷۷۶۵۶۸ شماره اقتصادی: ۱۰۳۲۰۶۳۱۵۷۳	کد پستی: ۱۹۹۹۶۱۳۹۵۲

**موضوع بیمه:**  
عبارت است از جبران خسارات جانی وارد به کارکنان شاغل بیمه گذار، بدین معنی که چنانچه در حین انجام فعالیت بیمه شده، در محدوده مکانی تحت پوشش این بیمه نامه، خسارات جانی به کارکنان وارد آید و مسئولیت بیمه گذار توسط کارشناس بیمه گر و یا مراجع ذیصلاح محرز گردد، بیمه گر خسارت وارده را بر اساس شرایط خصوصی، عمومی و مفاد بیمه نامه، حداکثر تا سقف سرمایه مندرج در جدول تعهدات جبران خواهد نمود.

محدوده مکانی موضوع بیمه: سئول - نمایندگاه بین المللی  
نوع فعالیت: ساخت غرفه های نمایشگاهی  
تعداد کارکنان شاغل: ثابت ۴ نفر  
بیمه نامه به صورت: بی نام  
تغییر: حداقل ۱ نفر حداکثر: ۲ نفر

گروه شغلی	سقف کاری	تعداد کارکنان ثابت (نفر)	حداقل تعداد کارکنان (نفر)	حداکثر تعداد کارکنان (نفر)
ساخت غرفه های نمایشگاهی	دو شیفت	۴	۱	۲

نوع تعهد بیمه گر	در هر حادثه	در طی دوره
حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه و ارش هر نفر در هر حادثه	۹,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
حداکثر تعهد بیمه گر بابت دیه فوت هر نفر در هر حادثه در ماه های حرام	۱۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	
حداکثر هزینه پزشکی برای هر نفر	۹۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
حداکثر مطالبات تبصره یک ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
حداکثر دیه دوم و بیشتر	۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰

پوششهای اضافی به شرح شروط شماره: پوشش های الحاقی شامل شماره ۲، شماره ۳، شماره ۴، شماره ۵، شماره ۶، شماره ۱۱  
مدت بیمه: ۳۶۵ روز از ساعت ۲۴ روز ۱۴۰۲/۰۶/۱۸ لغایت ساعت ۲۴ روز ۱۴۰۳/۰۶/۱۸ خاتمه می یابد.

درصد فرانشیز هزینه پزشکی: ۱۰ درصد  
حداقل مبلغ فرانشیز هزینه پزشکی: ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

حق بیمه: ۴۱,۵۳۳,۴۰۰ ریال (به حروف: چهل و یک میلیون و پانصد و سی و سه هزار و چهارصد)  
مالیات بر ارزش افزوده: ۲,۰۷۶,۶۷۰ ریال  
مبلغ قابل پرداخت به عدد: ۴۵,۲۷۱,۴۰۶ ریال  
مبلغ قابل پرداخت به حروف: چهل و پنج میلیون و دویست و هفتاد و یک هزار و چهارصد و شش ریال  
عوارض شهرداری: ۱,۶۶۱,۳۳۶ ریال

**سایر شرایط**  
بیمه گذار موظف است حق بیمه و یا اقساط حق بیمه را در سررسید های تعیین شده به یکی از حسابهای شرکت بیمه نوین نزد بانک اقتصاد نوین و یا بانک ملت واریز و فیش واریزی را تحویل واحد صدور نماید و در صورت پرداخت بوسیله چک احتمالاً چک در وجه شرکت بیمه وین جهت واریز به حساب اعلام شده در اعلامیه بدهکار صادر و تحویل واحد صدور گردد در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه، بیمه گر می تواند بیمه نامه را وفق مقررات جاری فسخ نماید.  
در صورتیکه بخشی از مبلغ حق بیمه در سررسید تعیین شده پرداخت نشده باشد و خسارت واقع گردد، تعهد بیمه گر در جبران خسارت با اعمال قاعده نسبی امکان پذیر می باشد - هرگونه اختلاف ناشی از این بیمه نامه توسط داور مرضی الطرفین و یا هیئت داوروری حل و فصل خواهد شد. چنانچه طرفین در مورد انتخاب داور مرضی الطرفین یا تعیین داور سوم تراضی ننمایند صلاحیت مرجع داوروری منتفی گردیده و مرجع قضایی، صالح به رسیدگی خواهد بود.  
اعلامیه بدهکار این بیمه نامه جز لاینفک آن تلقی می گردد.

واحد صدور: فاطمه رضائی المونی کد ۴۴۸۵  
نشانی واحد صدور: تهران - خیابان ستارخان - بین فلکه اول و دوم صادقیه - پلاک ۱۱۳۴ بانک اقتصاد نوین شعبه صادقیه کد ۱۱۹  
تلفن واحد صدور: ۴۴۲۸۲۰۵۵

بیمه گذار محترم: برای مشاهده سوابق بیمه ای و وضعیت پرداخت حق بیمه خود می توانید به بخش برنال بیمه گذاران در سایت شرکت به آدرس [www.novininsurance.com](http://www.novininsurance.com) مراجعه فرمائید.  
شماره: ۴۴۲۸۲۰۵۵

**بیمه نامه مسئولیت مدنی  
کارفرما در برابر کارکنان**

کد فرم: FO-LI-07-01

شرکت بیمه نوین بنا به پیشنهاد شماره مورخ بیمه گذار و با رعایت قانون مسئولیت مدنی مصوب سال ۱۳۳۹، قانون کار مصوب سال ۱۳۶۸، شرایط خصوصی و عمومی مندرج در متن و ظهر و شرایط پیوست این بیمه نامه و در ازای پرداخت حق بیمه از سوی بیمه گذار، متعهد است خسارتهای بدنی وارد به کارکنان در حین انجام کار و در محل کار ناشی از مسئولیت بیمه گذار را جبران می نماید.

کد رایانه بیمه نامه: ۱۰۲۴۶۷۵۶	تاریخ صدور: ۱۴۰۲/۰۶/۱۲
شماره بیمه نامه: ۱۴۰۲/۱۰/۴۴۸۵/۴۴۸۵/۵۱۰۰۰۰۲	نماینده / کارگزار: فاطمه رضائی الموتی کد ۴۴۸۵
شماره بیمه نامه قبلی: ۷۰۴۱۳/۲۵۲/۱۴-۱۴۰۱/۳۷۵	

بیمه گذار: غرفه گستران پارسیان کد ۷۴۳۰۴۳۶	نشانی: تهران - ستول - نمایشگاه بین المللی - سالن ۳۷ - اتاق ۵
نوع بیمه گذار: حقوقی	کد اقتصادی: ۴۱۱۳۹۷۷۶۵۶۸ شماره اقتصادی: ۱۰۳۲۰۶۳۱۵۷۳
	تلفن: کد پستی: ۱۹۹۹۶۱۳۹۵۴

بررسی حوادث احتمالی صرفاً با ارائه گزارش نیروی انتظامی و یا گزارش اورژانس روز حادثه میسر می باشد.

- محل های فعالیت بیمه گذار به شرح ذیل میباشد:

- ۱- نمایشگاه بین المللی تهران
- ۲- ستول نمایش های رازی
- ۳- سالن نمایش های صدا و سیما
- ۴- هتل المپیک تهران
- ۵- نمایشگاه شهر آفتاب
- ۶- نمایشگاه مصلی
- ۷- حرم مطهر امام خمینی
- ۸- کعبه امام خمینی
- ۹- انبار شرکت زیر بل مدیریت خیابان یحییوی نژاد انبار خسروی پلاک ۲۲

اثبات رابطه کاری کارفرما و کارگر بر عهده بیمه گذار می باشد.

نحوه پرداخت: روش پرداخت حق بیمه طی اعلامیه بدهکار شماره ۱۵۷۳۸۲۵۲۶ شامل ۱ قسط، تاریخ سررسید ۱۴۰۲/۰۶/۱۲ مبلغ ۴۵۲۷۱۴۰۶ ریال، می باشد که جز لاینفک بیمه نامه شماره فوق خواهد بود.

اعلامیه بدهکار این بیمه نامه جز لاینفک آن تلقی می گردد.

واحد صدور: فاطمه رضائی الموتی کد ۴۴۸۵

نشانی واحد صدور: تهران - خیابان ستارخان - بین فلکه اول و دوم صادقیه - پلاک ۱۱۳۴ بانک اقتصادنوین شعبه صادقیه کد ۱۱۹

تلفن واحد صدور: ۴۴۲۸۲۰۵۵



بیمه گذار محترم: برای مشاهده سوابق بیمه ای و وضعیت پرداخت حق بیمه خود می توانید به بخش پرتال بیمه گذاران در سایت شرکت به آدرس: [www.novininsurance.com](http://www.novininsurance.com) مراجعه فرمائید.

### پوشش های الحاقی مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان

شماره بیمه نامه: ۱۴۰۲/۱۰۱/۴۴۸۵/۴۴۸۵/۵۱۰۰۰۰۰۲	نماینده / کارگزار: فاطمه رضائی الموتی کد ۴۴۸۵
تاریخ صدور: ۱۴۰۲/۰۶/۱۲	واحد صدور: فاطمه رضائی الموتی کد ۴۴۸۵
کد فرم: FO- LI- 64	نام بیمه گذار: عرقه گستران پارسیان کد ۷۴۳۰۴۳۶

#### شرایط شماره ۲: پوشش جبران هزینه های پزشکی

به موجب این پوشش، هزینه های پزشکی موضوع این بیمه نامه در صورتیکه مشمول تعریف بند ۶ ماده ۲ آیین نامه نباشد و مطابق رای مراجع قضایی بیمه گذار محکوم به پرداخت آن نشده باشد، بر اساس صورتحساب های معتبر ارائه شده، تحت پوشش می باشد.  
تبصره- تعهد بیمه گر برای هزینه های پزشکی در خصوص کلیه کارکنان زیان دیده و کلیه حوادث احتمالی از حداکثر تعهد بیمه گر در طول مدت قرارداد، مندرج در شرایط خصوصی تجاوز نخواهد کرد.

#### شرایط شماره ۳: پوشش تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی

به موجب این پوشش، صرفاً پرداخت مستمری موضوع تبصره ۱ ماده ۶۶ قانون تأمین اجتماعی که ناشی از حادثه منجر به فوت و یا از کارافتادگی کارکنان باشد، با پرداخت یکجای مطالبات وفق تبصره مذکور، تحت پوشش می باشد.  
حداکثر تعهد بیمه گر برای هر نفر از مبلغ ۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال و در طول مدت اعتبار بیمه نامه برای کلیه افراد از مبلغ ۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال تجاوز نخواهد کرد.

سرمایه پوشش: ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

#### شرایط شماره ۴: پوشش مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث

به موجب این پوشش، خسارت های موضوع بند ۶ ماده ۲ این آیین نامه وارد به اشخاص ثالث در محل کارگاه (مکان فعالیت) تحت پوشش می باشد.  
تبصره ۱- اشخاص ثالث در این پوشش به افرادی اطلاق می شود که جزء کارکنان بیمه گذار و عوامل اجرایی وی و شخص عوامل اجرایی نباشند.  
تبصره ۲- حداکثر تعهد بیمه گر در طول مدت قرارداد از مبلغ مندرج در شرایط خصوصی تجاوز نخواهد کرد.

#### شرایط شماره ۵: پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه ( یک بار)

به موجب این پوشش، تعهدات مندرج در بیمه نامه به ازای هر زیان دیده با توجه به افزایش سالانه دیه توسط فوه قضائیه از زمان شروع بیمه نامه و بنا به درخواست بیمه گذار یک بار افزایش می یابد، مشروط به آنکه ناشی از تاخیر در ارائه رای مراجع قضایی توسط بیمه گذار یا زیان دیده نباشد. همچنین، حداکثر تعهد بیمه گر در خصوص کلیه حوادث احتمالی افزایش می یابد.

### شرکت بیمه نوین

شماره اقتصادی: ۱۰۱۰۳۸۰۸۶۸۰

### پوشش های الحاقی مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان

شماره بیمه نامه: ۱۴۰۲/۱۰/۴۴۸۵/۴۴۸۵/۵۱۰۰۰۰۲	نماینده / کارگزار: فاطمه رضائی نمودن کد: ۴۴۸۵
تاریخ صدور: ۱۴۰۲/۰۶/۱۲	واحد صدور: قاطعه رضائی نمودن کد: ۴۴۸۵
کد فرم: FO-LL-64	نام بیمه گذار: فرقه گستران پارسبان کد: ۷۴۳۰۴۳۶

#### شرایط شماره ۶: پوشش تعدد دیات و دیات غیرمسری

به موجب این پوشش، در صورتیکه در یک حادثه تحت پوشش، طبق رای مراجع قضایی بیمه گذار به پرداخت بیش از یک دیه و یا دیات غیرمسری به هر یک از کارکنان محکوم گردد، بیمه گر مکلف به پرداخت خسارت حداکثر تا سقف تعهد پذیرفته شده در شرایط خصوصی بیمه نامه می باشد.

تبصره ۱- تعهد بیمه گر در خصوص کلیه کارکنان زیان دیده و کلیه حوادث احتمالی در طول مدت قرارداد از حداکثر تعهد بیمه گر مندرج در شرایط خصوصی تجاوز نخواهد کرد.

تبصره ۲- در صورت خریداری پوشش بیمه ای افزایش ریالی دیه، تعهدات پوشش تعدد دیات و دیات غیرمسری به همان میزان افزایش خواهد یافت.

سرمایه پوشش: ۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

#### شرایط شماره ۱۱: پوشش هزینه های دستمزد پرداختی به کارشناس یا هیات کارشناسی

به موجب این پوشش، در صورتیکه بیمه گذار به نظر کارشناسی یا هیات کارشناسی حوادث به منظور تهرئه خود هزینه دستمزد کارشناسی پرداخت نماید، هزینه پرداختی وی مطابق تعرفه کانون کارشناسان رسمی دادگستری تحت پوشش می باشد.

حداکثر تعهد بیمه گر مبلغ ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای هر ادعا و در طول مدت اعتبار بیمه نامه از مبلغ ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال تجاوز نخواهد کرد.

سرمایه پوشش: ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

شرکت بیمه نوین

شماره اقتصادی: ۱۰۱۰۳۸۰۸۶۸۰