

شرکت بیمه کارآفرین

مستند سازی خسارت

۱۴۰۰

شعبه سرپرستی: ساوه

نوع بیمه نامه: مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان خدماتی، صنعتی و بازرگانی

شماره بیمه نامه: ۷۲۲/۳۵/۳۰۷۱/۹۵/۴۷

نام بیمه گذار: شرکت متانول کاوه

تاریخ وقوع حادثه: ۱۳۹۶/۰۷/۲۴

تاریخ پرداخت خسارت: ۱۳۹۹/۱۲/۲۶

مبلغ حق بیمه پرداخت شده: ۲,۰۴۵,۷۷۷,۹۷۱ ریال

عامل خسارت: گاز گرفتگی به علت تمیزکاری مخزن آب بندی فلر در واحد بویلر

مبلغ خسارت پرداخت شده: ۵,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

زمان رسیدگی و پرداخت خسارت: ۱۰ روز



دفتر مرکزی: تهران، میدان آرژانتین، خیابان بخارست، خیابان ۱۷،
شماره ۵، ۴۲۵۹۴-۰۲۱ | ۰۲۱-۴۲۵۶۳۰۰۰
جهت پیگیری اصالت بیمه نامه QRCode را اسکن و برای اطلاع از شرایط عمومی
بیمه نامه به آدرس: www.karafarin-insurance.ir مراجعه فرمایید.



فرم بیمه نامه

کارفرما در قبال کارکنان خدماتی، صنعتی و بازرگانی



کد رایانه بیمه نامه: ۴۹۴۷۳۰۰ شماره بیمه نامه: ۷۲۲/۳۵/۳۰۷۱/۹۵/۴۷ نماینده/کارگزار: عاطفه افشار کد ۳۰۷۱

شرکت بیمه کارآفرین بموجب پیشنهاد شماره ۰ مورخ ۱۳۹۶/۰۲/۲۷ بیمه گذار که جز لاینفک این بیمه نامه می باشد، متعهد میگردد در ازاء پرداخت حق بیمه مقرر، توسط بیمه گذار خسارت ناشی از مسئولیت مدنی بیمه گذار در برابر کارکنان شاغل وی را با رعایت قانون بیمه، قانون کار، قانون مسئولیت مدنی و مفاد شرایط عمومی ظهر بیمه نامه، جدول تعهدات و شرایط خصوصی و جدول مشخصات مندرج در این بیمه نامه جبران نماید.

جدول مشخصات:

بیمه گذار: متانول کاوه کد ۳۸۴۲۴۰	کد اقتصادی: ۴۱۱۳۴۵۴۷۸۹۱۱	معرف: عاطفه افشار کد ۳۰۷۱
نشانی بیمه گذار: [Redacted]	تلفن: [Redacted]	تلفن همراه: [Redacted]
موضوع کار: عملیات نصب تجهیزات و ماشین آلات و احداث کارخانه	نشان محل کار/کارگاه: [Redacted]	
تعداد کل کارکنان ثابت ۱۵ نفر حداقل نیروی کار متغیر ۱ نفر حداکثر نیروی کار متغیر ۱۵ نفر		
شماره بیمه نامه سال قبل: [Redacted]		

موضوع بیمه: مسئولیت مدنی بیمه گذار در مورد جبران خسارتهای بدنی وارد به کارکنان شاغل بیمه گذار در ساعت کاری آنان در رابطه با موضوع کار بیمه نامه در محل کار به نشانی فوق.

جدول تعهدات:

ردیف	شرح تعهد	مبلغ تعهد (ریال)
۱-	تعهد بیمه گر برای جبران هزینه پزشکی هر نفر در هر حادثه	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۲-	حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران هزینه های پزشکی در طول مدت بیمه	۷۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۳-	تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت و نقص عضو هر نفر در هر حادثه در ماههای عادی	۲,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴-	تعهد بیمه گر برای جبران غرامت فوت هر نفر در هر حادثه در ماههای حرام	۲,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۵-	حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران حوادث منجر به غرامت مازاد بر دیه اول برای هر نفر در هر حادثه	۲,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۶-	حداکثر تعهد بیمه گر برای جبران غرامتهای فوت و نقص عضو در طول مدت بیمه	۴۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰

فرانشیز هزینه های پزشکی	درصد هر خسارت و حداقل	ریال
مدت بیمه: ۳۶۶ روز از ساعت ۲۴ روز ۱۳۹۵/۰۸/۲۴ تا ساعت ۲۴ روز ۱۳۹۶/۰۸/۲۴	عوارض شهرداری: ۵۶,۳۰۵,۸۱۶ ریال	
حق بیمه: ۱,۸۷۶,۸۶۰,۵۲۴ ریال	مالیات بر ارزش افزوده: ۱۱۲,۶۱۱,۶۳۱ ریال	مبلغ قابل پرداخت به حروف: دو میلیارد و چهل و پنج میلیون و هشتصد و هشتاد و هفت هزار و نهصد و هشتاد و یک ریال می باشد.
مبلغ قابل پرداخت به عدد: ۲,۰۴۵,۷۷۷,۹۷۱ ریال		
که بیمه گذار موظف است حق بیمه مذکور را نقدا و یا طبق صورتحساب پیوست به بیمه گر پرداخت نماید. انجام تعهدات بیمه گر منوط به پرداخت حق بیمه به نحو توافق شده طبق صورتحساب پیوست می باشد، در غیر اینصورت خسارت احتمالی به نسبت حق بیمه پرداخت شده به حق بیمه متعلقه تا زمان وقوع حادثه محاسبه و پرداخت خواهد شد.		
«در صورت عدم پرداخت در سررسیدهای تعیین شده بیمه گر میتواند نسبت به فسخ بیمه نامه اقدام نماید.»		
نحوه وصول حق بیمه:		
ظی اعلامیه بدهکار شماره ۱۰۱۲۴۱۳۷۳ شامل ۱ قسط، تاریخ سررسید ۱۳۹۶/۰۴/۱۰، که ضمیمه بیمه نامه می باشد		

* الحاقیه های زیر جز لاینفک بیمه نامه می باشد

پوشش های الحاقی شامل ۱. پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار برای مأمورینهای خارج از کارگاه کارکنان ۲. پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار برای حوادث وسایل نقلیه موتورزی زمینی در محیط کارگاه ۳. پوشش بیمه ای مسولیت کارفرما در قبال خسارت جانی وارد به اشخاص ثالث ۴. پوشش بیمه ای مسئولیت مدنی در قبال سازمان تامین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی با سرمایه ۱,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال ۵. پوشش بیمه ای مسئولیت مدنی پیمانکاران فرعی، مهندسین ناظر، مشاور ۶. پوشش بیمه ای افزایش دیات برای سالهای آتی (دو سال) ۷. پوشش بیمه ای پرداخت خسارت بدون رای دادگاه ۸. پوشش بیمه ای پرداخت هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه ۹. پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار برای حوادث نقلیه موتورزی خارج از کارگاه و در حین ایاب وذهاب کارکنان ۱۰. پوشش بیمه ای مسئولیت بیمه گذار در مقابل کارکنان در اماکن وابسته به محیط کار

شرایط خصوصی:

شرایط خصوصی بیمه نامه پیوست می باشد



شرکت بیمه کارآفرین

فرم دستور پرداخت

گیرنده: دادگستری استان بوشهر کد 6737901
 تاریخ: 1399/12/26
 واحد صدور: 35
 بانک طرف تسویه:

ردیف	نوع عملیات	آیتم	مبلغ
1	حسارت پرداختی شماره پرونده 1109 کد 167290795	ایتم بستانکار : حواله خسارت شماره 1630 پرونده شماره 1109 طرف حواله 6737901 از بیمه نامه شماره 47 رشته مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان صنعتی، خدماتی و باررگانی بابت خسارت	2,100,000,000
2	حسارت پرداختی شماره پرونده 1109 کد 167291007	ایتم بستانکار : حواله خسارت شماره 1631 پرونده شماره 1109 طرف حواله 6737901 از بیمه نامه شماره 47 رشته مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان صنعتی، خدماتی و باررگانی بابت خسارت	2,800,000,000
3	حسارت پرداختی شماره پرونده 1109 کد 167291281	ایتم بستانکار : حواله خسارت شماره 1632 پرونده شماره 1109 طرف حواله 6737901 از بیمه نامه شماره 47 رشته مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان صنعتی، خدماتی و باررگانی بابت خسارت	600,000,000

مبلغ کل پرداختی: 5,500,000,000

