

فرم اعلام خسارت بیمه های مسئولیت

شماره:

تاریخ:

مشخصات	نام بیمه گذار:	شماره بیمه نامه:	تلفن تماس:
	آدرس بیمه گذار:	دورنگار:	
مشخصات زیان دیده	نام زیان دیده:	کد ملی زیان دیده:	نام پدر:
	ملیت:	تاریخ تولد زیان دیده:	تلفن زیان دیده:
	ارتباط خارجی <input type="radio"/> ایرانی <input type="radio"/>		
	رابطه زیان دیده با بیمه گذار:	کارکنان بیمه گذار <input type="radio"/> کارکنان پیمانکار <input type="radio"/> شخص بیمه گذار <input type="radio"/> شخص پیمانکار <input type="radio"/>	
مشخصات حادثه	تاریخ وقوع حادثه:	ساعت وقوع حادثه:	نام کارگاه و پروژه محل حادثه:
	آدرس دقیق محل وقوع حادثه:		
	نوع خسارت: مالی <input type="radio"/> جانی <input type="radio"/> (فوت <input type="radio"/> نقص عضو <input type="radio"/> هزینه پزشکی <input type="radio"/>)		
	چنانچه خسارت مالی می باشد مبلغ خسارت برآورده (ریال) مشخص گردد: مبلغ:		
	مورد خسارت دیده:		
	چنانچه خسارت جانی میباشد نوع آسیب وارده به عضو حادثه دیده مشخص گردد: خراش و کبودی و سیاه شدگی <input type="radio"/> جراحت و بریدگی <input type="radio"/> سوختگی <input type="radio"/>		
	بیخ خوردگی و دررفتگی <input type="radio"/> شکستگی و کوبیدگی <input type="radio"/> قطع عضو <input type="radio"/> سایر:		
	عضو آسیب دیده:		
	اولین مرکز درمانی یا بیمارستان مراجعه مصدوم:		
	علت وقوع خسارت جانی: درگرددن عضو با دستگاه <input type="radio"/> پرتاب / سقوط قطعه <input type="radio"/> برق گرفتگی <input type="radio"/> ریزش مصالح / برخورد ابزار کار <input type="radio"/>		
سقوط از ارتفاع <input type="radio"/> لیزندگی محل فعالیت <input type="radio"/> سایر موارد:			
شرح کامل حادثه	شرح حادثه:		

اینجانب، امضاءکننده ذیل، گواهی می نمایم که زیان دیده فوق الذکر دچار حادثه به شرح مندرج در متن فوق گردیده است.

محل مهر و امضاء بیمه گذار

نام و نام خانوادگی

امضاء تاریخ

توجه: توجه و رعایت به مفاد ماده ۸ و ۹ شرایط عمومی توسط بیمه گذار تاکید میشود.

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل گردد

تاریخ و ساعت دریافت فرم اعلام خسارت	مهر و امضاء واحد دریافت کننده:
واحد دریافت کننده: نمایندگی	شعبه
نام و نام خانوادگی دریافت کننده:	نام و نام خانوادگی

- ماده ۸ - شرایط عمومی قرارداد بیمه: بیمه گذار موظف است از تاریخ اطلاع خود از وقوع هر گونه حادثه تحت پوشش بیمه و همچنین دریافت هر نوع ادعا و یا مطالبه خسارت از سوی کارکنان که به این بیمه نامه مربوط شود (اعم از کتبی یا شفاهی) اقدامات زیر را انجام دهد:
- ۱- حداکثر ظرف پنج روز کاری به یکی از شعب بیمه گر مراجعه و با تکمیل فرم اعلام خسارت، وقوع حادثه و یا ادعای مطروحه را اعلام نماید یا مراتب را ظرف مدت مذکور از طریق پست سفارشی به اطلاع بیمه گر برساند.
 - ۲- خواسته یا موضوع دعوا، نام و نشانی خواهان و یا اقامه کننده دعوا، عنوانی که به موجب آن مطالبه خسارت و یا اقامه دعوا شده است، مشخصات زیان دیده، نام و نشانی شهود احتمالی، مبلغ مورد ادعا و هرگونه اطلاعات، مشخصات و نکات دیگر مربوط به موضوع را که بر آن وقوف دارد و هر نوع اسناد و مدارکی را که بیمه گر جهت بررسی موضوع و احراز مسئولیت خود به آن نیاز دارد به وی تسلیم و او را در تحقیقات و رسیدگی و دفاع کمک نماید.
 - ۳- برای بازدید از کارگاه (مکان فعالیت) و انجام امور کارشناسی و تحقیقاتی و عنداللزوم بررسی اسناد و دفاتر، همکاری لازم را با بیمه گر به عمل آورد.