



فرم اعلام خسارت بیمه های مسئولیت کارفرما در مقابل کارکنان

مدیریت کل شعب بیمه ایران استان اصفهان - شعبه چهارباغ عباسی اصفهان

بدینوسیله اینجانب (بیمه گذار / کارفرما) :

دارنده بیمه نامه مسئولیت شماره :

حادثه بامشخصات ذیل را گزارش و اعلام می نمایم.

نوع حادثه : فوت □ صدمات جسمانی □ عضو آسیب دیده : نوع آسیب دیدگی :

شرح حادثه :

تاریخ وقوع حادثه : ساعت وقوع حادثه :

نشانی کامل محل وقوع حادثه :

اولین مرکز درمانی جهت معالجه یا مداوا بلافاصله بعد از بروز حادثه :

مشخصات مصدوم حادثه:

نام و نام خانوادگی : کدملی : نام پدر :

تاریخ تولد : محل صدور :

شماره تلفن کارگاه : شماره تلفن همراه کارفرما :

شماره تلفن همراه مصدوم : تاریخ :

مهر و امضاء کارفرما:

این اعلام خسارت در دفتر اندیکاتور شرکت بیمه به شماره تاریخ ثبت گردیده است.

بیمه ایران شعبه چهارباغ عباسی اصفهان: