



شماره:

فرم اعلام خسارت بیمه های مسئولیت

تاریخ:

| | | |
|------------------|----------------------------|---------------|
| مشخصات بیمه نامه | شماره بیمه نامه | نام بیمه گذار |
| | آدرس و تلفن تماس بیمه گذار | |

| | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|--|---------------------|--|
| مشخصات زیان دیده و حادثه | نام زیان دیده | نام پدر | کد ملی | ملیت: ایرانی <input type="checkbox"/> اتباع خارجی <input type="checkbox"/> |
| | تلفن زیان دیده | رابطه زیان دیده با بیمه گذار کارکنان سمت اشخاص ثالث <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> | | |
| | آدرس دقیق محل وقوع حادثه: شهر / روستا | خیابان اصلی | خیابان فرعی | |
| | کوی | پلاک | نام کارگاه یا پروژه | تلفن تماس |
| تاریخ وقوع حادثه | ساعت وقوع حادثه | تاریخ تولد زیان دیده | | |

| | |
|---|---|
| شرح حادثه | نوع خسارت: جانی <input type="checkbox"/> { هزینه پزشکی <input type="checkbox"/> نقص عضو <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/> } مالی <input type="checkbox"/> |
| | علت وقوع حادثه: |
| | شرح کامل حادثه: |
| | چنانچه خسارت جانی می باشد، نوع آسیب وارده به عضو حادثه دیده (شکستگی، قطع عضو، سوختگی، بریدگی و) مشخص گردد: |
| | اولین مرکز درمانی یا بیمارستان مراجعه مصدوم: |
| چنانچه خسارت مالی می باشد، مبلغ خسارت برآوردی (ریال) مشخص گردد: | |

اینجانب، امضاءکننده ذیل، گواهی می نماید 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
سمت
امضاء / تاریخ:

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل گردد

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

مدارک مورد نظر جهت بررسی انواع خسارت بیمه های مسئولیت

الف) بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان و واپیراپزشکان :

- ۱- فرم اعلام خسارت - پرسشنامه - بیمه نامه - شرایط عمومی - قبض رسید - الحاقیه های مربوطه.
- ۲- اولین برگه اخطاریه یا احضاریه بیمه گذار و یا نامه سازمان نظام پزشکی برای پزشک و یا هرگونه مستند دیگر برعلیه پزشک .
- ۳- رای هیئت بدوی نظام پزشکی (جهت مشخص شدن درصد قصور پزشک)
- ۴- رای دادگاه بدوی مبنی بر محکومیت بیمه گذار
- ۵- حکم دادگاه تجدیدنظر (در صورت اعتراض به رای بدوی)
- ۶- گواهی حصر وراثت متناسب با میزان دیه قابل پرداخت و تصویر شناسنامه باطل شده (در صورت فوت)
- ۷- در صورت نقص عضو بیمار تصویر شناسنامه یا کارت ملی.

ب) بیمه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان :

- ۱- فرم اعلام خسارت - پرسشنامه - بیمه نامه - شرایط عمومی - قبض رسید - الحاقیه های مربوطه .
- ۲- برگ پذیرش اورژانس _ صورتحساب _ خلاصه پرونده
- ۳- گزارش پزشکی قانونی (در صورت فوت و یا نقص عضو)
- ۴- گزارش بازرس اداره کار یا گزارش کارشناس رسمی دادگستری (در صورت فوت و یا نقص عضو)
- ۵- رای دادگاه مبنی بر محکومیت بیمه گذار (در صورت فوت و یا نقص عضو)
- ۶- حکم دادگاه تجدید نظر (در صورت اعتراض به رای بدوی)
- ۷- گواهی حصر وراثت متناسب با میزان دیه قابل پرداخت و تصویر شناسنامه باطل شده (در صورت فوت)
- ۸- لیست تامین اجتماعی کارکنان ماه حادثه و ماه ماقبل حادثه (در صورتیکه برای کارکنان لیست رد شده باشد)
- ۹- حکم ماموریت مصدوم (در صورتیکه حادثه حین ماموریت ایجاد شده و پوشش مربوطه نیز اکتفا شده باشد)
- ۱۰- گزارشات مربوط به وقوع حوادث رانندگی (کروکی - گزارش پلیس - گواهی نامه - بیمه نامه شخص ثالث و حوادث سرنشین) در صورت اکتفا پوشش مربوطه .
- ۱۱- نامه ادعای سازمان تامین اجتماعی و صورتحساب هزینه های مربوط به ماده ۶۶ در صورت اکتفا پوشش مربوطه .

ج) بیمه مسئولیت مدنی عمومی :

هرگونه پرداخت خسارت جانی شامل هزینه های پزشکی و یا فوت و نقص عضو دارای اسناد و مدارک مشابه پرونده های مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان می باشد .

اسناد و مدارک مورد نیاز جهت پرداخت خسارت های مالی

- ۱- نامه ادعای خسارت مالی تهیه شده توسط زیان دیده و یا بیمه گذار بصورت آنالیز و تفکیک شده و مبالغ .
- ۲- عکس از محل وقوع حادثه .

تبصره : بیمه گذاران محترمی که در ارتباط با نصب تاسیسات زیرزمینی فعالیت می نمایند در صورتیکه سایر انشعابات از قبیل آب - گاز - مخابرات و یا برق در اثر فعالیت بیمه گذار دچار خسارت گردیده ، ضروری است مدارک زیان دیده شامل نامه ادعای خسارت - آنالیز خسارت و کروکی محل حادثه ارائه شود.