



فرم اعلام خسارت بیمه های مسئولیت کارفرما در مقابل کارکنان

تکمیل این فرم بصورت کامل الزامی است

شرکت سهامی بیمه ایران، شعبه

بدینوسیله اینجانب دارنده بیمه نامه مسئولیت کارفرما به شماره

حادثه با مشخصات زیر را گزارش و اعلام می نمایم:

(۱) نوع حادثه : فوت ☐ صدمه جسمانی ☐

(۲) شرح حادثه (شامل علت حادثه و عضو حادثه دیده) :

.....
.....
.....
.....

(۳) تاریخ وقوع حادثه : / / ۱۴ ساعت وقوع حادثه : :

(۴) تاریخ اطلاع بیمه گذار از وقوع حادثه : / / ۱۴

(۵) نشانی کامل محل وقوع حادثه :

(۶) اولین مرکز درمانی که مصدوم جهت معالجه یا مداوا بلافاصله بعد از بروز حادثه اعزام شده است:

(۷) وسیله اعزام مصدوم : آمبولانس (اورژانس) ☐ وسیله نقلیه شخصی ☐

(۸) مشخصات مصدوم/مصدومین حادثه: نام و نام خانوادگی کدملی:

(۹) شماره تماس بیمه گذار : • شماره تماس زیان دیده :

(۱۰) مدارک خسارت زیر پیوست شده است :

امضاء :

تاریخ

این اعلام خسارت در دفتر دبیرخانه شرکت بیمه به شماره و تاریخ / / ۱۴ ثبت گردیده است.

شرکت سهامی بیمه ایران ، شعبه