



## فرم اعلام خسارت جانی بیمه مسئولیت

شماره سند: FM-LI-03/01

تاریخ: ۱۳۹۶ / /

پیوست: .....

صفحه: ۲ از ۱

بیمه گذار محترم، لطفا در صورت وقوع هر گونه خسارت جانی که احتمال می دهید در قالب بیمه نامه مسئولیت صادره شرکت بیمه آرمان قابل جبران باشد، نسبت به تکمیل فرم ذیل اقدام فرموده و فرم را حداکثر ظرف مدت ۴۸ ساعت از تاریخ وقوع حادثه به شعبه مربوطه اعلام نمایید.

بیمه گذار: .....	شماره تماس: .....	تاریخ تکمیل فرم (اجباری): .....
شماره بیمه نامه: .....	تاریخ انقضاء بیمه نامه: .....	نام بانک: .....
تاریخ شروع بیمه نامه: .....	شماره حساب بیمه گذار یا ذینفع: .....	شماره شبا: .....
نام کارگاه: .....	نوع فعالیت: .....	تعداد افراد شاغل در کارگاه: .....
نشانی و شماره تماس کارگاه: .....	چنانچه حادثه دیده کارگر پیمانکار می باشد نام و شماره های تماس پیمانکار: .....	

### مشخصات حادثه دیده:

نام و نام خانوادگی: .....	نام پدر: .....	شماره شناسنامه: .....	کد ملی: .....
محل صدور: .....	تاریخ تولد: روز ..... ماه ..... سال ۱۳.....		
تاریخ استخدام: .....	دستمزد روزانه: .....	ریال	
وسیله ایاب ذهاب به کارگاه: .....	نشانی حادثه دیده (همراه با کد پستی و شماره تماس): .....		
اوقات کارگاه: .....	ساعات کار حادثه دیده: صبح <input type="checkbox"/> عصر <input type="checkbox"/> شب <input type="checkbox"/>		
از: .....	لغایت: .....	از: .....	لغایت: .....

### چگونگی حادثه:

شرح واقعه: .....

تاریخ وقوع حادثه: ساعت: ..... روز: ..... ماه: ..... سال: .....

محل دقیق وقوع حادثه: .....

تخصص حادثه دیده در زمان شروع به کار: .....

علت حادثه: .....

ابزار کار حادثه دیده هنگام وقوع حادثه: .....

وسایل حفاظت: .....

نوع کار حادثه دیده هنگام وقوع حادثه: .....

عضو حادثه دیده: .....

نتیجه حادثه: .....

### توضیحات:

اقدامی که از طرف کارفرما برای معالجه به عمل آمده: .....

اعزام مصدوم به مرکز درمانی با چه وسیله نقلیه ای صورت گرفته: .....

شهود حادثه: .....

نام مرکز درمانی: .....

وضعیت فعلی مصدوم: .....

امضا بیمه گذار:



## فرم اعلام خسارت جانی بیمه مسئولیت

### مدارک عمومی

- ۱- شرح کامل حادثه همراه با تکمیل فرم اعلام حادثه.
- ۲- قرارداد کار یا مستندات کافی در خصوص رابطه استخدامی حادثه دیده با بیمه گذار.
- ۳- تصویر مدارک شناسایی و آدرس محل سکونت (همراه با کد پستی) حادثه دیده.
- ۴- لیست تامین اجتماعی ماه حادثه کارکنان. (در صورتی که برای کارکنان لیست رد شده باشد).
- ۵- در صورت موجود بودن گزارش بازرسی وزارت کار و امور اجتماعی، ارائه شود.

### خسارت‌های پزشکی

- ۱- گزارش رادیولوژی یا سی تی اسکن.
- ۲- برگ اورژانس و کلیه مدارک پزشکی از پذیرش تا ترخیص بیمار ممهور به مهر مرکز درمانی.
- ۳- اصل صورتحساب بیمارستان و اصل کلیه فاکتورها داروها و لوازم مصرفی معتبر مربوط به هزینه های درمانی ممهور به مهر مرکز درمانی.

### مدارک درخواستی در خصوص نقص عضو

- ۱- درخواست کتبی گذار در خصوص پرداخت دیه نقص عضو
- ۲- اصل و یا کپی برابر اصل شده گزارش تنظیمی توسط مقامات انتظامی در خصوص وقوع حادثه.
- ۳- اصل و یا کپی برابر اصل شده گزارش پزشکی قانونی دایر بر تشخیص علت حادثه و درصد نقص عضو
- ۴- اصل رای صادره از مراجع قضایی

### مدارک درخواستی در خصوص فوت

- ۱- گزارش پزشکی قانونی دایر بر تشخیص علت فوت
- ۲- گواهی فوت صادره پزشکی قانونی یا ثبت احوال
- ۳- گزارش معاینه جسد
- ۴- برگه اورژانس و صورتحساب بیمارستان.
- ۵- جواز دفن
- ۶- رای دادگاه (در صورت خرید این پوشش نیازی به ارائه رای دادگاه نمی باشد).
- ۷- گواهی انحصار وراثت نامحدود به منظور مشخص شدن سهم هر یک از وراث.
- ۸- کپی برابر اصل شناسنامه ابطالی و کارت ملی فوت شده و وراث قانونی متوفی.

### (مدارک خاص)

- در خصوص رشته بازرگانی لیست کامل کارکنان در ماه حادثه
- در خصوص قرارداد کار در رشته ساختمانی و انبیه در قبال اشخاص ثالث جواز ساختمان نیازمند است.
- در خصوص اتباع خارجی ارائه مجوز کار در شهر معین و پروانه و اقامت با حق کار مشخص
- استشهادنامه محلی (در صورت نبود قرارداد کار مشخص بین کارفرما و کارکنان)