



**فرم گزارش بازدید اولیه خسارت بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال
کارکنان صنعتی، خدماتی و بازرگانی و پروژه های عمرانی**

شماره سند: FM-LI-04/01
تاریخ: / / ۱۳۹۶
پیوست:
صفحه: ۱ از ۳

موجب درخواست شماره مورخ اداره خسارت بیمه های مسئولیت جهت بازدید خسارت مورد بیمه
نامه شماره اینجانب/ اینجانبان در تاریخ به محل وقوع
حادثه مراجعه نموده و گزارش خسارت به شرح زیر تقدیم می گردد.

مورد بیمه

نام بیمه گذار:
پیمانکاران فرعی:
نوع فعالیت:
نام کارفرما:
نام کارگاه:

تعداد کارگران در هنگام بازدید: (تحقیق در خصوص تعداد کل کارگران شاغل در کارگاه در لحظه حادثه و تطبیق آن با اظهارات بیمه گذار در
پیشنهاد بیمه از جهت اینکه آیا بیمه گذار در پیشنهاد بیمه قبل از صدور بیمه نامه تعداد واقعی را اعلام نموده و حق بیمه براساس تعداد واقعی
کارگران تعیین شده است یا خیر؟)

تعداد کارکنان رسمی (ثابت و دائمی) بیمه گذار و پیمانکاران فرعی : نفر

تعداد کارکنان متغییر (قراردادی یا روزمزد) بیمه گذار و پیمانکاران فرعی : نفر

تعداد کارگران تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی : نفر

تعداد شیفت کاری در شبانه روز شیفت

نحوه حضور و غیاب پرسنل : دفاتر ثبت دستی دستگاههای کارت زنی دستگاه الکترونیکی

ارزیابی ریسک مورد بیمه: (با توجه به فرآیند تولید، نوع محصول، تجهیزات و ماشین آلات بکار رفته در خط تولید و سایر خطراتی که مورد

بیمه را بطور جدی تهدید می کند). ریسک خوب ریسک متوسط ریسک بد ریسک بسیار بد
نشانی کامل محل فعالیت (کارگاه) :

مشخصات حادثه

محل وقوع حادثه :

(محل وقوع حادثه از این جهت که آیا کارگر در حین کار، دچار مصدومیت و آسیب دیدگی شده و کارفرما (بیمه گذار) به عنوان مسئول حادثه
شناخته شده و باید خسارت را پرداخت نماید یا خیر؟)

شرح حادثه :

تاریخ و ساعت دقیق وقوع حادثه : روز مورخ ساعت

(تاریخ و ساعت دقیق وقوع حادثه از این جهت که آیا حادثه در محدوده زمانی تحت پوشش مندرج در جدول مشخصات رخ داده است یا خیر؟)



فرم گزارش بازدید اولیه خسارت بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان صنعتی، خدماتی و بازرگانی و پروژه های عمرانی

شماره سند: FM-LI-04/01
تاریخ: ۱۳۹۶ / /
پیوست:
صفحه: ۳ از ۲

علت وقوع حادثه :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> سقوط از ارتفاع | <input type="radio"/> سقوط به داخل چاهک آسانسور | <input type="radio"/> سقوط به هنگام کار با بالابر برقی |
| <input type="radio"/> سقوط مصالح بر روی فرد | <input type="radio"/> برخورد جسم سخت با فرد | <input type="radio"/> لغزش و زمین خوردن فرد |
| <input type="radio"/> حادثه ناشی از جابجایی اجسام | <input type="radio"/> حادثه ناشی از استفاده از ابزار | <input type="radio"/> گیر کردن فرد داخل یا بین اشیاء |
| <input type="radio"/> داخل شدن جسم در بدن فرد | <input type="radio"/> انفجار و آتش سوزی | <input type="radio"/> حوادث ناشی از مواد سوزان و خورنده |
| <input type="radio"/> برق گرفتگی | <input type="radio"/> خفگی | <input type="radio"/> تصادف با وسایل نقلیه |
| سایر موارد: | | |

عوامل موثر در وقوع حادثه:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> بی احتیاطی فرد و عدم انجام صحیح کار | <input type="radio"/> عدم آموزش کافی و نبود اطلاعات و مهارت لازم |
| <input type="radio"/> عدم رعایت نکات ایمنی | <input type="radio"/> عدم احداث سازه های ایمنی (پاخور، نرده حفاظتی و) |
| <input type="radio"/> فقدان تجهیزات ایمنی مناسب | <input type="radio"/> عدم نظارت صحیح کارفرما بر نحوه انجام کار |
| <input type="radio"/> خواب آلودگی | <input type="radio"/> نقص فنی دستگاه ها و تجهیزات |
| <input type="radio"/> روشنایی نا مناسب محیط کار | <input type="radio"/> تهویه نا مطلوب |

شرح وضعیت وسایل و امکانات ایمنی موضوع بیمه نامه و نحوه استفاده از آنها:

برداشت اظهارات شهود حادثه (با ذکر نام و عنوان شغل نامبردگان):

مشخصات حادثه دیده

نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد:
محل تولد:	نام پدر:
شماره شناسنامه:	کد ملی:
میزان تحصیلات:	شغل حادثه دیده:
وضعیت استخدامی:	سابقه در کارگاه:
ملیت حادثه دیده:	وضعیت تاهل:

در صورتی که حادثه دیده تابعیت غیر ایرانی دارد، مجوز قانونی برای حضور و کار در ایران دارد ندارد



**فرم گزارش بازدید اولیه خسارت بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال
کارکنان صنعتی، خدماتی و بازرگانی و پروژه های عمرانی**

شماره سند: FM-LI-04/01

تاریخ: / / ۱۳۹۶

پیوست:

صفحه: ۳ از ۳

نوع صدمات ایجاد شده:

- احات سطحی کستگی استخوان اعضاء کستگی ستون فقرات خستگی اعضاء
- نقص عضو فوت سایر موارد

عضو حادثه دیده:

مراکز در مانی که مصدوم به آنجا منتقل شده است:

سایر توضیحات:

لازم به ذکر است پیرو وقوع حادثه فوق، ماموران کلانتری بازرس اداره کار ماموران آتش نشانی کارشناسان رسمی دادگستری از محل وقوع حادثه بازدید نموده اند.

نظر کارشناس:

ضمایم:

فتوکپی مدارک مصدوم که به پیوست گزارش گردیده است عبارتند از:

- شناسنامه یا کارت شناسایی دفترچه تامین اجتماعی
- گزارش کارشناس وزارت کار مدارک استخدامی
- کارت اشتغال به کار در کارگاه گزارش نیروی انتظامی

این گزارش بر اساس اظهارات بیمه گذار، پیمانکار، شهود و مشاهدات عینی تنظیم شده است و هیچ گونه حقی برای بیمه گذار و هیچ مسئولیتی برای بیمه گر ایجاد نمی کند.

بیمه گذار:

کارشناس ارزیاب خسارت بیمه های مسئولیت:

مهر، امضاء و تاریخ

مهر، امضاء و تاریخ