



فرم گزارش کارشناسی خسارت بیمه مسئولیت مدنی سازندگان ابنیه در قبال اشخاص ثالث

شماره سند: FM-LI-05/01
تاریخ: / / ۱۳۹۶
پیوست:
صفحه: ۱ از ۱

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

مورد بیمه

نام بیمه گذار: نام کار فرما:
تعداد طبقات با احتساب همکف: طبقه شامل طبقه زیر زمین
مترائز زیر بنا: متر مربع آسانسور: دارد ندارد
نوع اسکلت: فلزی بتنی نوع نما:
ساختمان در حال حاضر در مرحله بوده و جمعا متر مربع از زیر بنای آن در حال تکمیل است.

مشخصات حادثه

محل وقوع حادثه:
(محل وقوع حادثه از این جهت که آیا کارگر در حین کار، دچار مصدومیت و آسیب دیدگی شده و کار فرما (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؟)

علت وقوع حادثه:

- سقوط از ارتفاع سقوط به داخل چاهک کانسورسقوط به هنگام کار با بالابر برقی
- سقوط مصالح بر روی فرد برخورد جسم سخت با فرد
- حادثه ناشی از جابجایی اجسام حادثه ناشی از استفاده از ابزار
- داخل شدن جسم در بدن فرد انفجار و آتش سوزی
- برق گرفتگی خفگی
- سایر موارد:

عوامل موثر در وقوع حادثه:

- بی احتیاطی فرد و عدم انجام صحیح کار
- عدم رعایت نکات ایمنی
- فقدان تجهیزات ایمنی مناسب
- خواب آلودگی
- روشنایی نامناسب محیط کار
- عدم آموزش کافی و نبود اطلاعات و مهارت لازم
- عدم احداث سازه های ایمنی (پاخور، نرده حفاظتی و)
- عدم نظارت صحیح کارفرما بر نحوه انجام کار
- نقص فنی دستگاه ها و تجهیزات
- تهویه نامطلوب

نام، نام خانوادگی و امضاء:

.....