



## فرم گزارش کارشناسی خسارت

شماره سند: FM-LI-06/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست: .....

صفحه: ۱ از ۳

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

### مشخصات کارگاه

۱. نام بیمه گذار: .....
۲. نام کارفرما: .....
۳. پیمانکاران فرعی: .....
۴. نام کارگاه: .....
۵. نوع فعالیت: .....
۶. 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؟) .....
۷. نشانی کامل محل فعالیت (کارگاه): .....

### مشخصات حادثه دیده

۱. نام و نام خانوادگی: .....
۲. تاریخ تولد: .....
۳. محل تولد: .....
۴. نام پدر: .....
۵. شماره شناسنامه: .....
۶. کد ملی: .....
۷. میزان تحصیلات: .....
۸. شغل حادثه دیده: .....
۹. وضعیت استخدامی: .....
۱۰. سابقه در کارگاه: .....
۱۱. ملیت حادثه دیده: .....
۱۲. وضعیت تاهل: .....

۱۳. کارگر مصدوم تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی می باشد؟( در صورت مثبت بودن پاسخ، کارگر مصدوم پس از پایان درمان خود ابتدا به آن سازمان مراجعه و سهم تامین اجتماعی (و یا هر بیمه دیگری) را دریافت نماید. سپس با در دست داشتن چک تامین اجتماعی و کپی برابر با اصل شده مدارک بیمارستانی جهت دریافت ما به التفاوت هزینه های درمانی خود با سهم تامین اجتماعی ( تا حداکثر تعهدات بیمه گر مندرج در جدول مشخصات بیمه نامه به بیمه آرمان مراجعه نماید). .....

۱۴. شرح حادثه: .....



## فرم گزارش کارشناسی خسارت

شماره سند: FM-LI-06/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست: .....

صفحه: ۲ از ۳

۱۵. نشانی 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؟) .....

۱۶. 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؟) .....

۱۷. عضو حادثه دیده: .....

۱۸. کار حادثه دیده هنگام وقوع حادثه: .....

۱۹. نتیجه حادثه: .....

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

۲۱. آثار فیزیکی خسارت در محل وقوع حادثه: .....

۲۲. وضعیت مصدوم در زمان عیادت انجام شده: .....



## فرم گزارش کارشناسی خسارت

شماره سند: FM-LI-06/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست: .....

صفحه: ۳ از ۳

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

۲۴. میزان در صد قصور کارفرما در قبال حادثه به وقوع پیوسته: .....

۲۵. میزان درصد قصور کارگر حادثه دیده در قبال حادثه به وقوع پیوسته: .....

۲۶. نحوه همکاری بیمه گذار: .....

۲۷. شرح و علل وقوع حادثه: .....

۲۸. سایر توضیحاتی که لازم است به آن توجه شود: .....

فتوکپی مدارک مصدوم که پیوست گزارش گردیده است عبارتند از:

کارت اشتغال به کار در کارگاه

دفترچه تامین اجتماعی

شناسنامه یا کارت شناسایی

گزارش نیروی انتظامی

مدارک استخدامی

گزارش کارشناس وزارت کار

کارشناس معتمد شرکت بیمه آرمان..... امضاء، تاریخ: