

شماره سند : FM-LI-17/01

تاریخ : / / ۱۳

پیوست:

صفحه : ۱ از ۲

صورت جلسه کارشناسی خسارت مسئولیت مدنی در برابر کارکنان



واحد خسارت بیمه های مسئولیت/ شعبه..... بنابه در خواست شماره..... مورخ بیمه گذار.....
مبنی بر وقوع حادثه در محل بیمه نامه شماره اینجانب/ اینجانبان در تاریخ به محل
حادثه مراجعه نمودم/ نمودیم و نتیجه به شرح زیر اعلام می گردد:

۱- مشخصات مورد بیمه:

۲- نشانی دقیق محل وقوع حادثه:

۳- مشخصات مصدوم/متوفی:

نام و نام خانوادگی : شماره شناسنامه: فرزند: متولد:

۴- صدمات وارده:

۵- تاریخ و زمان وقوع حادثه:

۶- علت وقوع حادثه:

۷- تعداد کارکنان شاغل در زمان بازدید: نفر(در خصوص موارد غیر ساختمانی)

۸- در صورتی که آثار یا شواهدی در محل وقوع می باشد قید نمایید:

شماره سند : FM-LI-17/01

تاریخ : / / ۱۳

پیوست:

صفحه : ۲ از ۲

صورت جلسه کارشناسی خسارت مسئولیت مدنی در برابر کارکنان



۹- وضعیت استخدام و مدت اشتغال مصدوم/ متوفی در محل مورد بیمه:

۱۰- اظهارات و امضاء شهود حادثه:

۱۱- شرح حادثه: (در صورت لزوم از برگ پیوست استفاده نمایید) .

این صورت جلسه بدون توجه به شرایط بیمه نامه تنظیم شده است و فقط جنبه کارشناسی دارد، بنابراین هیچگونه تعهدی برای شرکت بیمه آرمان ایجاد نخواهد کرد.

نام و نام خانوادگی

نام و نام خانوادگی

امضاء کارشناس یا کارشناسان بیمه

امضاء بیمه‌گذار یا نماینده وی