

فرم شماره ۱

فرم اعلام خسارت جانی
بیمه های مسئولیت مدنی



نام بیمه گذار :	شماره بیمه نامه :	تاریخ شروع بیمه نامه:	تاریخ انقضاء بیمه نامه:
مشخصات زیان دیده			
☐ بیمه گذار ☐ کارکنان بیمه گذار ☐ کارکنان پیمانکاران ☐ اشخاص ثالث ☐ سایر			
نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره شناسنامه:
تاریخ تولد:		نشانی زیان دیده:	
محل صدور:		شماره تماس زیان دیده:	
نام کارگاه:		نوع فعالیت کارگاه:	
تعداد افراد شاغل در کارگاه:		متراژ پروژه ساختمانی:	
زمان وقوع حادثه: ساعت _____ روز _____ ماه _____ سال _____		نام و شماره تماس هماهنگ کننده (جهت پیگیری های پرونده):	
آدرس دقیق کارگاه و محل وقوع حادثه:			
تخصص زیان دیده:	نوع فعالیت زیان دیده در زمان حادثه:	عضو حادثه دیده:	
شرح حادثه :			
نام اولین مرکز درمانی:		نام سایر مراکز درمانی:	
نوع غرامت درخواستی: فوت ☐ دیه جراحت یا نقص عضو ☐ هزینه های پزشکی ☐			
آیا در خصوص حادثه به مراجع قضایی و قانونی شکایت شده است؟ ☐ بله ☐ خیر			
در صورت مثبت بودن نام مرجع قضایی رسیدگی کننده را اعلام فرمایید:			

نام، مهر و امضاء بیمه گذار:

تاریخ: