

بیمه گزار / نمایندگی / شرکت خدمات بیمه ای :

بیمه گزار :

بیمه نامه مسئولیت شماره :

زیان دیده :

پرونده خسارت شماره :

با احترام ؛

عطف به اعلام خسارت شماره ..... مورخ ..... خواهشمند است حداکثر ظرف مدت ۲ ماه از تاریخ دریافت

اصل این نامه نسبت به تکمیل و ارسال مدارک مشروحه ذیل (بصورت کامل) و اطلاع به بیمه گزار و زیان دیده اقدام فرمائید.

□ گواهی پزشکی معالج (فرم پیوست) [همراه داشتن فرم اعلام خسارت، گواهی پزشکی معالج، عکس های رادیوگرافی و خلاصه

پرونده بالینی و بیمارستانی توسط زیان دیده بهنگام ویزیت پزشک معتمد این شرکت در سراسر کشور الزامیست]

□ پرسشنامه حوادث ناشی از کار (فرم پیوست)

□ تصویر کارت ملی و شناسنامه مصدوم

□ اصل فاکتورهای هزینه های درمانی (فاکتورهای فاقد نام، تاریخ، مهر قابل بررسی نمی باشد)

□ در صورت بستری شدن در بیمارستان، اصل صورتحساب بیمارستانی و تصویر پرونده بالینی مصدوم که توسط بیمارستان برابر با

اصل شده باشد با ارائه گواهی کتبی پرداخت کننده هزینه های پزشکی (بیمه گزار یا مصدوم)

□ تصویر گواهی پایان کار ساختمان (در صورت عدم اتمام عملیات ساختمانی بنا ارائه تصویر پروانه ساختمانی) جهت بیمه نامه ابنیه

□ لیست تأمین اجتماعی کلیه کارگاه ها به همراه تائیدیه مربوط به ماه وقوع حادثه جهت بیمه نامه کارفرمای واحدهای صنعتی

□ لیست تأمین اجتماعی کلیه کارگاه ها به همراه تائیدیه مربوط به دوره بیمه ای و ماه وقوع حادثه جهت بیمه نامه پروژه های عمرانی

**در صورت عدم شکایت مصدوم و داشتن کلوز ۴ اعلام کتبی بیمه گزار مبنی بر استفاده از مزایای کلوز بدون رأی دادگاه و در صورت طرح شکایت در مراجع قضایی ارائه مدارک ذیل علاوه بر موارد فوق الزامی است**

□ اصل با رونوشت برابر با اصل: رأی صادره دادگاه به انضمام شماره حساب اجرای احکام، نظریه پزشکی قانونی، گزارش بازرس

کار و گزارش مقامات انتظامی و برگه بازجویی و صورتمجلس

توجه: لازم به ذکر است در صورت عدم رعایت مدت مذکور و ارسال مدارک بصورت ناقص این اداره هیچگونه

مسئولیتی نسبت به بررسی خسارت مورد ادعا نخواهد داشت.

کارشناس پرونده :

واحد پرداخت خسارت

"این نامه در ۲ نسخه که هر یک در حکم واحد می باشد تهیه گردیده است."

بیمه گزار / نمایندگی / شرکت خدمات بیمه ای :

بیمه گزار :

بیمه نامه مسئولیت شماره :

زیان دیده :

پرونده خسارت شماره :

با احترام ؛

عطف به اعلام خسارت شماره ..... مورخ ..... خواهشمند است حداکثر ظرف مدت ۲ ماه از تاریخ دریافت

اصل این نامه نسبت به تکمیل و ارسال مدارک مشروحه ذیل (بصورت کامل) و اطلاع به بیمه گزار و زیان دیده اقدام فرمائید.

□ گواهی پزشکی معالج (فرم پیوست) [همراه داشتن فرم اعلام خسارت، گواهی پزشکی معالج، عکس های رادیوگرافی و خلاصه

پرونده بالینی و بیمارستانی توسط زیان دیده بهنگام ویزیت پزشک معتمد این شرکت در سراسر کشور الزامیست]

□ پرسشنامه حوادث ناشی از کار (فرم پیوست)

□ تصویر کارت ملی و شناسنامه مصدوم

□ اصل فاکتورهای هزینه های درمانی (فاکتورهای فاقد نام، تاریخ، مهر قابل بررسی نمی باشد)

□ در صورت بستری شدن در بیمارستان اصل صورتحساب بیمارستانی و تصویر پرونده بالینی مصدوم که توسط بیمارستان برابر

با اصل شده باشد با ارائه گواهی کتبی پرداخت کننده هزینه های پزشکی (بیمه گزار یا مصدوم)

□ تصویر گواهی پایان کار ساختمان (در صورت عدم اتمام عملیات ساختمانی بنا ارائه تصویر پروانه ساختمانی) جهت بیمه نامه

ابنیه

□ لیست تأمین اجتماعی کلیه کارگاه ها به همراه تائیدیه مربوط به ماه وقوع حادثه جهت بیمه نامه کارفرمای واحدهای صنعتی

□ لیست تأمین اجتماعی کلیه کارگاه ها به همراه تائیدیه مربوط به دوره بیمه ای و ماه وقوع حادثه جهت بیمه نامه پروژه های عمرانی

**در صورت عدم شکایت مصدوم و داشتن کلوز ۴ اعلام کتبی بیمه گزار مبنی بر استفاده از مزایای کلوز بدون رأی دادگاه و در صورت طرح شکایت در مراجع قضایی ارائه مدارک ذیل علاوه بر موارد فوق الزامی است**

□ اصل با رونوشت برابر با اصل : رأی صادره دادگاه به انضمام شماره حساب اجرای احکام، نظریه پزشکی قانونی، گزارش بازرس

کار و گزارش مقامات انتظامی و برگه بازرسی و صورتمجلس

توجه: لازم به ذکر است در صورت عدم ارسال مدارک ظرف مهلت مقرر و ارائه مدارک بصورت ناقص این اداره

هیچگونه مسئولیتی نسبت به بررسی خسارت مورد ادعا نخواهد داشت .

بیمه گر:

بیمه گزار / نمایندگی:

توضیحات :	بدینوسیله اعلام و تائید می گردد اصل نسخه اول نامه در ساعت ..... مورخ ..... به اینجانب : ..... تحویل گردید. امضاء
-----------	---