



به نام خدا

تاریخ:

شماره:

پیوست:

**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 ۴ 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.

پرسشنامه حوادث ناشی از کار ( فرم پیوست )

تصویر برابر با اصل خلاصه رونوشت وفات ، نظریه پزشکی قانونی و جواز دفن

تصویر برابر با اصل شناسنامه باطل شده متوفی ( کلیه صفحات )

تصویر برابر با اصل برگ انحصار وراثت به مبلغ نا محدود و قیم نامه در صورتیکه متوفی وراثت صغیر داشته 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 )

لیست تامین اجتماعی کلیه کارگاه ها به همراه تائیده مربوط به ماه وقوع حادثه

اصل یا برابر اصل گزارش مقامات انتظامی محل حادثه دال بر فوت کارگر

**در صورت عدم شکایت مصدوم و داشتن کلوز ۴ اعلام کتبی بیمه گزار مبنی بر استفاده از مزایای کلوز بدون رای 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 دادگاه ، بانضمام 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 به صورت ناقص این اداره

هیچگونه مسئولیتی نسبت به بررسی خسارت مورد ادعا نخواهد داشت.

کارشناس پرونده :

### واحد پرداخت خسارت

این نامه در دو نسخه که هریک در حکم واحد می باشد تهیه گردیده است.





به نام خدا

تاریخ:

شماره:

پیوست:

بیمه گزار / نمایندگی / شرکت خدمات بیمه ای :

بیمه گذار :

بیمه نامه مسئولیت شماره :

زیان دیده :

پرونده خسارت شماره :

با احترام ؛

عطف به اعلام خسارت شماره ..... مورخ ..... خواهشمند است حداکثر ظرف مدت ۴ 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.

پرسشنامه حوادث ناشی از کار (فرم پیوست)

تصویر برابر با اصل خلاصه رونوشت وفات ، نظریه پزشکی قانونی و جواز دفن

تصویر برابر با اصل شناسنامه باطل شده متوفی (کلیه صفحات)

تصویر برابر با اصل برگ انحصار وراثت به مبلغ نامحدود و قیم نامه در صورتیکه متوفی وراثت صغیر داشته 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)

لیست تامین اجتماعی کلیه کارگاه ها به همراه تائیده مربوط به ماه وقوع حادثه

اصل یا برابر اصل گزارش مقامات انتظامی محل حادثه دال بر فوت کارگر

در صورت عدم شکایت مصدوم و داشتن کلوز ۴ اعلام کتبی بیمه گزار مبنی بر استفاده از مزایای کلوز بدون رای 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 دادگاه ، به انضمام نظریه پزشکی قانونی ، گزارش بازرس کار و گزارش مقامات انتظامی و برگه بازجویی و صورتمجلس.

توجه: لازم به ذکر است در صورت عدم ارسال مدارک ظرف مهلت مقرر و ارائه مدارک به صورت ناقص این اداره هیچگونه مسئولیتی نسبت به بررسی خسارت مورد ادعا نخواهد داشت.

بیمه گزار / نمایندگی

بیمه گر :

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