



❖ پرسشنامه حوادث ناشی از کار ❖

(فرم اعلام خسارت بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در مقابل کارگر)

(لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید)

شماره پرونده خسارت:

شماره بیمه نامه:

آدرس محل کار:

تعهدات بیمه گر:

نام بیمه گذار:

مدت بیمه از تاریخ:

لغایت:

نقص عضو

فوت

از کار افتادگی

غرامت روزانه

هزینه پزشکی و درمان

بیمه گذار محترم، لطفاً در صورت احراز مسئولیت مدنی موضوع بیمه نامه، سوالات زیر را یکبار بطور دقیق مطالعه فرمائید، سپس بطور خوانا و بدون نقص به آنها پاسخ دهید (خسارت قابل درخواست باید حین کار یا به مناسبت آن وارد شده باشد)

الف - مشخصات کارگاه:

۱- آدرس: استان

شهرستان

منطقه شهرداری

خیابان اصلی

خیابان فرعی

کوچه

پلاک

نقشه:

۲- نام کارگاه:

دولتی

تعاونی

خصوصی

۳- نوع فعالیت:

۳- نحوه مالکیت:

۵- تعداد کارگران:

الف) روزمزد

ب) قراردادی

ج) رسمی

۶- سایر بیمه های کارگران:

الف) تأمین اجتماعی

ب) بیمه عمر و حوادث و درمانی شرکتهای بیمه

ب - مشخصات کارگر حادثه دیده:

۱- نام و نام خانوادگی:

۲- تاریخ تولد:

۳- شماره شناسنامه و محل صدور:

۴- ملیت:

۷- مدرک استخدام

۶- تاریخ استخدام:

مجرد

۵- وضعیت تاهل: متأهل

۸- نوع کار:

۹- مبلغ دستمزد روزانه:

سال

۱۲- عضو حادثه دیده:

۱۰- سابقه کار در این کارگاه:

روز

۱۱- نوع کار مصدوم هنگام وقوع حادثه:

۱۳- نتیجه نهائی معالجات:

۱۴- آدرس و شماره پرونده مراکز درمانی تحت درمان:

ج - مشخصات حادثه:

۱- تاریخ وقوع حادثه:

ساعت:

۲- محل وقوع حادثه:

۳- نام قسمت یا واحدی که حادثه در آن اتفاق افتاده:

۴- نوع حادثه:

- سقوط اشیاء

- داخل شدن اجسام در بدن

- لغزیدن و سقوط کردن

- حوادث ناشی از جابجا کردن اشیاء

- گیر کردن داخل یا بین اشیاء

- حوادث ناشی از ابزار ماشین

- برق گرفتگی

۵- عامل وقوع حادثه:

- وسایل بی حفاظ - بی احتیاطی - تهویه نامطلوب - لباس خطرناک - وسایل معیوب - فقدان وسایل ایمنی - نور ناقص / تاریکی - فقدان اطلاعات و مهارت

سایر علل (توضیح دهید):

۶- نوع صدمات بدنی:

- ضرب خوردگی

- قطع اعضاء

- سوختگی

- بریدگی اعضاء

- شکستگی

- سایر (نام ببرید):

۷- نوع غرامت:

- فوت

- نقص عضو

- از کار افتادگی

- غرامت روزانه

- هزینه های بیمارستانی - پزشکی - دارویی

۸- آیا در خصوص این حادثه به دادگاه شکایت شده است؟

شماره پرونده

مشخصات دادگاه



۹- شرح کامل حادثه:

اینکه در این حادثه، بیمار مبتلا به ...

تاریخ وقوع حادثه: ...

* * * * *

د) مدارک لازم جهت تشکیل پرونده مصدومین (از ارسال هرگونه مورد خلاف و نقص در مدارک خودداری گردد)

۱- تصویر از شناسنامه حادثه دیده

۲- تصویر از سوابق شغلی در زمان حادثه (کارت حضور و غیاب، لیست حقوقی)

۳- مدارک بیمارستانی، پزشکی و دارویی (اصل یا مهر و امضاء، تاریخ و در سربرگهای مربوطه) غیر مخدوش.

ه) تأییدیه:

بدینوسیله مندرجات فوق الذکر، در کمال صداقت و با علم به اینکه خسارت مورد درخواست در حین کار یا به مناسب آن وارد شده، تکمیل و بانضمام برگ مدارک ضمیمه ارسال میگردد، و اعلام مینماید در صورت هرگونه مورد خلاف و نقص در مدارک، بیمه گر مجاز به عدم پرداخت خسارت می باشد.

تاریخ تنظیم:

مهر و امضاء کارفرما (بیمه گذار)	مسئول مستقیم کارگر نام: _____ اعضاء: _____	کارگر نام: _____ اعضاء: _____
------------------------------------	--	-------------------------------------

شماره تکمیل شده - ۱۰

اینکه در این حادثه، بیمار مبتلا به ...

تاریخ وقوع حادثه: ...

د) مدارک لازم جهت تشکیل پرونده مصدومین (از ارسال هرگونه مورد خلاف و نقص در مدارک خودداری گردد)

۱- تصویر از شناسنامه حادثه دیده

۲- تصویر از سوابق شغلی در زمان حادثه (کارت حضور و غیاب، لیست حقوقی)

۳- مدارک بیمارستانی، پزشکی و دارویی (اصل یا مهر و امضاء، تاریخ و در سربرگهای مربوطه) غیر مخدوش.

ه) تأییدیه:

بدینوسیله مندرجات فوق الذکر، در کمال صداقت و با علم به اینکه خسارت مورد درخواست در حین کار یا به مناسب آن وارد شده، تکمیل و بانضمام برگ مدارک ضمیمه ارسال میگردد، و اعلام مینماید در صورت هرگونه مورد خلاف و نقص در مدارک، بیمه گر مجاز به عدم پرداخت خسارت می باشد.

تاریخ تنظیم:

مهر و امضاء کارفرما (بیمه گذار)	مسئول مستقیم کارگر نام: _____ اعضاء: _____	کارگر نام: _____ اعضاء: _____
------------------------------------	--	-------------------------------------