



بیمه سامان
فرم اعلام خسارت جانی بیمه مسئولیت

کد مدرک:
LAF005

بیمه گذار محترم ، لطفاً در صورت وقوع هر نوع خسارت جانی که احتمال می دهید در قالب بیمه نامه مسئولیت صادره شرکت بیمه سامان قابل جبران باشد، نسبت به تکمیل فرم ذیل اقدام فرموده و فرم را حداکثر ظرف 48 ساعت از تاریخ وقوع حادثه به شعبه مربوطه ارسال فرمایید.

بیمه گذار :	شماره بیمه نامه :	تاریخ شروع بیمه نامه :	تاریخ انقضاء بیمه نامه :
نام کارگاه :			
تعداد افراد شاغل در کارگاه :			
نشانی و شماره تماس کارگاه :			
چنانچه حادثه دیده کارگر پیمانکار می باشد نام و شماره های تماس پیمانکار			
مشخصات حادثه دیده :	نام و نام خانوادگی :	نام پدر :	شماره شناسنامه :
	محل صدور :	تاریخ تولد روز	ماه سال 13
	تاریخ استخدام :		کد ملی :
	دستمزد روزانه :	ریال	
	وسیله ایاب و ذهاب به کارگاه :		
	نشانی حادثه دیده (همراه با کدپستی و شماره تماس) :		
	اوقات کارگاه :		
	ساعات کار حادثه دیده :	صبح <input type="checkbox"/>	عصر <input type="checkbox"/>
	از لغایت	از لغایت	
چگونگی حادثه :			
	تاریخ وقوع حادثه :	ساعت	روز
	محل دقیق وقوع حادثه :	ماه	سال
	تخصص حادثه دیده در زمان شروع به کار :		
	علت حادثه :		
	ابزار کار حادثه دیده هنگام حادثه :		
	وسایل حفاظت :		
	نوع کار حادثه دیده هنگام وقوع حادثه :		
	عضو حادثه دیده :		
	نتیجه حادثه :		
توضیحات :			
	شرح واقعه :		
	اقداماتی که از طرف کارفرما برای معالجه بعمل آمده :		
	اعزام مصدوم به مرکز درمانی با چه وسیله نقلیه ای صورت گرفته است.		
	شهود حادثه :		
	نام مرکز درمانی :	وضعیت فعلی مصدوم :	

امضاء بیمه گذار (تاریخ و مهر)



بیمه سامان

فرم اعلام خسارت جانی بیمه مسئولیت

LAF005

تجدید نظر: 01

صفحه: 1 از 2

مدارک عمومی

1. شرح کامل حادثه همراه با تکمیل فرم اعلام حادثه.
2. قرارداد کاریا مستندات کافی در خصوص رابطه استخدامی حادثه دیده با بیمه گذار.
3. تصویر مدارک شناسایی و آدرس محل سکونت (همراه با کد پستی) حادثه دیده .
4. لیست تامین اجتماعی ماه حادثه کارکنان. (در صورتیکه برای کارکنان لیست رد شده باشد)
5. در صورت موجود بودن گزارش بازرسی وزارت کار و اموراجتماعی ، ارائه شود

خسارتهای پزشکی

1. گزارش رادیولوژی یا سی تی اسکن.
2. برگ اورژانس و کلیه مدارک پزشکی از پذیرش تا ترخیص بیمار ممهور به مهر مرکز درمانی.
3. اصل صورتحساب بیمارستان و اصل کلیه فاکتور داروها و لوازم مصرفی معتبر مربوط به هزینه های درمانی ممهور به مهر مرکز درمانی.

مدارک درخواستی در خصوص نقص عضو:

1. درخواست کتبی بیمه گذار در خصوص پرداخت دیه نقص عضو .
2. اصل و یا کپی برابر اصل شده گزارش تنظیمی توسط مقامات انتظامی در خصوص وقوع حادثه.
3. اصل و یا کپی برابر اصل شده گزارش پزشکی قانونی دایر بر تشخیص علت حادثه و درصد نقص عضو
4. اصل رای صادره از مراجع قضایی.

مدارک درخواستی در خصوص فوت:

1. گزارش پزشکی قانونی دایر بر تشخیص علت فوت .
2. گواهی فوت صادره پزشکی قانونی یا ثبت احوال
3. گزارش معاینه جسد .
4. برگه اورژانس و صورتحساب بیمارستان .
5. جواز دفن .
6. رای دادگاه. (در صورت خرید این پوشش نیازی به ارائه رای دادگاه نمی باشد)
7. گواهی انحصار وراثت نامحدود به منظور مشخص شدن سهم هریک از وراث .
8. کپی برابر اصل شناسنامه ابطالی و کارت ملی فوت شده و وراث قانونی متوفی .

(مدارک خاص)

- ✓ در خصوص رشته بازرگانی لیست کامل کارکنان در ماه حادثه
- ✓ در خصوص قرارداد کار در رشته ساختمانی و ابنیه در قبال اشخاص ثالث جواز ساختمان نیازمند
- ✓ در خصوص اتباع خارجی (ارائه مجوز کار در شهر معین و پروانه و اقامت با حق کار مشخص)
- ✓ استشهادنامه محلی (در صورت نبود قرارداد کار مشخص بین کارفرما و کارکنان)