

شماره فرم: FO-LE-73-01



فرم اعلام حادثه خسارت جانی و مالی بیمه های مسؤلیت و مهندسی

شماره بیمه گذار		شماره بیمه نامه		
شرکت عمران اطلس مهریار (کد ۸۵۶۸۷۱۶)		۴۱۰۲۱۰۳۵۳/۹۹/۰۰۰۰۰۰۵		
تاریخ و ساعت وقوع حادثه		محل حادثه		نام و نام خانوادگی زاینده
شماره ملی زاینده	تاریخ تولد زاینده	شغل زاینده	شماره تماس زاینده	شماره پرسنلی زاینده
نشانی محل کار زاینده		شماره تماس محل کار زاینده		
یزد - شهرک صنعتی - مجتمع صنایع لاستیک یزد		+۳۵-۳۷۲۷۲۲۸۳		

شرح و علت وقوع حادثه

نام بیمارستان	کل هزینه های انجام شده	آیا زاینده دارای دفترچه تأمین اجتماعی می باشد؟
		<input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> بله
نام پیمانکار مربوطه		کارگر فوق متعلق به پیمانکار می باشد؟
-		<input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله
مهر و امضاء بیمه گذار		تاریخ تکمیل فرم:
		تنظیم کننده:

توضیحات:

ارسال به:	ارسال به:
(۱) ایمیل دفتر تهران:	razi.vakil@gmail.com
تلفن های پیگیری:	۰۲۱-۲۲۰۱۹۷۰۰
	۰۲۱-۲۲۰۱۹۵۰۰
	تأییدیه ارسال: