

به نام خدا

تاریخ ثبت:

مدیریت بیمه های مسئولیت

شماره پرونده:

برگ اعلام خسارت

بیمه گزار محترم :

خواهشمنداست در صورت بروز حادثه، مراتب به انضمام اصل یا تصویر بیمه نامه به ادارات خسارت بیمه آسیادرسراسر کشور اعلام گردد.

توجه: طبق ماده ۱۵ قانون بیمه و شرایط عمومی بیمه نامه خساراتی که حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ اطلاع بیمه گزار به بیمه گر اعلام نگردد، بیمه گر مسئول جبران خسارت نخواهد بود.

نام بیمه گزار : نام و نام خانوادگی زیان دیده :
شماره بیمه نامه: کد ملی زیان دیده :
تلفن ثابت، دورنگار و همراه بیمه گزار : شماره شناسنامه زیان دیده :
ساعت و تاریخ حادثه: تاریخ تولد: روز..... ماه..... سال.....
آدرس دقیق محل وقوع حادثه : شماره همراه زیان دیده :

شرح مختصر حادثه و خسارت وارده

شرح خسارت جانی / مالی : (خواهشمند است عضو آسیب دیده دقیقاً " مشخص گردد)

عضو آسیب دیده:

شکستگی قطع شدگی له شدگی سوختگی فوت سایر

اینجانب/ اینجانبان امضاءکننده ذیل: گواهی مینمایم که زیان دیده فوق الذکر در تاریخ دچار حادثه بشرح فوق گردیده است

نام و نام خانوادگی امضاء / تاریخ نام و نام خانوادگی امضاء / تاریخ نام و نام خانوادگی امضاء / تاریخ

نکات مهم:

- تطبیق کلوزها، شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه با زمان، مکان و نوع حادثه توسط واحد پذیرش خسارت الزامیست.
- ارسال یک نسخه خوانا از کپی شناسنامه و کارت ملی زیان دیده به پیوست این فرم الزامیست.

آدرس دقیق بیمه گذار جهت انجام مکاتبات لازم :

مهر و امضاء بیمه گزار / نمایندگی

تاریخ تنظیم

توجه : خواهشمند است نسبت به ترسیم کروکی آدرس و محل وقوع حادثه در پشت صفحه اقدام فرمائید.

کادر ترسیم کروکی محل حادثه :

↑

شمال

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل می گردد :

<p>نام و نام خانوادگی دریافت کننده :</p>	<p>تاریخ و ساعت دریافت خسارت :</p>
<p>مهر و امضاء واحد دریافت کننده :</p>	<p>واحد دریافت کننده (شعبه)</p>