



«سهامی عام»

شماره ثبت:

شماره پرونده:

فرم اعلام خسارت بیمه نامه

بیمه گذار محترم:

خواهشمند است در صورت بروز حادثه، مراتب به انضمام اصل یا تصویر بیمه نامه همراه با مهر و امضاء به ادارات خسارت بیمه آسیا در سراسر 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 گذار به بیمه گر اعلام نگردد بیمه گر مسئول جبران خسارت نخواهد بود.

شماره بیمه نامه:

کد پستی:

دورنگار:

نام بیمه گذار:

آدرس بیمه گذار:

شماره تلفن همراه:

شماره تلفن ثابت:

مشخصات بیمه گذار

کد ملی:

کد پستی:

تاریخ تولد: روز ماه سال

شماره تلفن ثابت:

نام زیان دیده:

آدرس زیان دیده:

شماره شناسنامه:

نام پدر:

آدرس محل دقیق وقوع حادثه:

محل صدور شناسنامه:

شماره تلفن همراه:

مشخصات زیان دیده

خواهشمند است عضو آسیب دیده را به صورت مختصر و دقیق مشخص نمایید:

عضو آسیب دیده:

 سایر فوت سوختگی له شدگی قطع شدگی شکستگی

شرح خسارت جانی / مالی

اینجانب/ اینجانبان امضاءکننده ذیل: گواهی می‌نمایم که زیان‌دیده مذکور در تاریخ و ساعت و دچار حادثه به شرح فوق گردیده است.

نام و نام خانوادگی:

نام و نام خانوادگی:

شماره تلفن:

شماره تلفن:

امضاء / تاریخ:

امضاء / تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

نام و نام خانوادگی:

شماره تلفن:

شماره تلفن:

امضاء / تاریخ:

امضاء / تاریخ:

نکات مهم:

۱. تطبیق کلوزها (پوشش‌ها)، شرایط عمومی و شرایط خصوصی بیمه نامه با زمان، مکان و نوع حادثه توسط واحد پذیرش خسارت الزامیست.

۲. ارسال یک نسخه خوانا از کپی شناسنامه و کارت ملی زیان‌دیده به پیوست این فرم الزامیست.

مهر و امضاء بیمه گذار / نمایندگی

تاریخ تنظیم:

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

شمال



کادر ترسیم کروکی محل حادثه

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل می گردد :

نام و نام خانوادگی دریافت کننده :

تاریخ و ساعت دریافت خسارت :

مهر و امضاء واحد دریافت کننده :

واحد دریافت کننده (شعبه)

(