



فرم اعلام خسارت در بیمه های مسئولیت و طرح مخصوص

اطلاعات بیمه نامه	
شماره بیمه نامه :	نشانی کامل محل وقوع حادثه:
نام بیمه گزار :	
مشخصات فرد حادثه دیده	
نوع حادثه : جانی <input type="checkbox"/> مالی <input type="checkbox"/>	نام خانوادگی :
نام :	نام پدر :
شماره ملی :	شماره شناسنامه:
شماره تماس مصدوم :	سال تولد :
برای اتباع خارجه مشخص فرمایند که مجوز کار و اقامت (دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>)	
اطلاعات مربوط به حادثه	
تاریخ وقوع حادثه :	شرح وقوع حادثه :
شماره تلفن ضروری :	
مدارک خسارتی ضمیمه : (چنانچه مدارکی در خصوص خسارت دارید ضمیمه نموده و ذکر نمائید). در صورتی که حادثه مالی بوده مشخصات صاحب یا صاحبان کالا و اموال آسیب دیده قید گردد:	
تاریخ :	مهر و امضا بیمه گزار / زیان دیده
ثبت خسارت	
این اعلام خسارت در دفتر اندیکاتور شرکت بیمه به شماره و تاریخ قید شده ثبت می گردد.	
شرکت سهامی بیمه ایران واحد	
بیمه گزار/زیان دیده محترم اعلام خسارت شما در تاریخ دریافت گردیده و به شماره در دفتر ثبت گردیده و تا یک هفته از تاریخ دریافت نسبت به انجام کارشناسی اقدام خواهد شد.	
شرکت سهامی بیمه ایران واحد	