



بیه البرز

فرم اعلام خسارت بیمه های مسئولیت (غیر از متصدیان حمل و نقل)

| | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------|--|----------------|---|------------|----------|------|--|
| مشخصات بیمه نامه | نام بیمه گذار: | | کد بیمه گذار: | | | | | | |
| | رشته بیمه ای: | | شماره بیمه نامه: | | | | | | |
| | آدرس و تلفن تماس بیمه گذار: | | | | | | | | |
| مشخصات حادثه | نوع خسارت: | | نوع آسیب دیدگی: | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> جانی <input type="checkbox"/> مالی | | تاریخ حادثه:/...../..... تاریخ اعلام خسارت:/...../..... | | | | | | |
| آدرس دقیق محل حادثه: | | علت حادثه: | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> شخص بیمه گذار <input type="checkbox"/> کارکنان بیمه گذار <input type="checkbox"/> اشخاص ثالث <input type="checkbox"/> کارکنان پیمانکاران | | | | | | | | | |
| مشخصات زاینده گان | ردیف | نام و نام خانوادگی | کد ملی | شماره شناسنامه | ملیت | تاریخ تولد | محل صدور | تلفن | |
| | ۱ | | | | | | | | |
| | ۲ | | | | | | | | |
| | ۳ | | | | | | | | |
| بیمه گزار / مجتمع / شعبه / نماینده | | شرح حادثه | | | نام و مهر و امضاء بیمه گذار/...../..... تاریخ:/...../..... | | | | |
| مشخصات زاینده گان | | شرح حادثه | | | تاریخ و ساعت دریافت فرم اعلام خسارت: ساعت : تاریخ:/...../..... واحد دریافت کننده: مجتمع / شعبه / نماینده: نام و مهر و امضاء: | | | | |
| مشخصات زاینده گان | | شرح حادثه | | | تاریخ و ساعت دریافت فرم اعلام خسارت: ساعت : تاریخ:/...../..... واحد دریافت کننده: مجتمع / شعبه / نماینده: نام و مهر و امضاء: | | | | |
| مشخصات زاینده گان | | شرح حادثه | | | تاریخ و ساعت دریافت فرم اعلام خسارت: ساعت : تاریخ:/...../..... واحد دریافت کننده: مجتمع / شعبه / نماینده: نام و مهر و امضاء: | | | | |

شماره مدرک: ۱/۸۶۲/۰۲/۱۴۰۱