



فرم گزارش اعلام خسارت توسط بیمه گذار

کد مدرک: FO-LB-03/00

شماره:

تاریخ:

شماره بیمه نامه:	نام بیمه گذار:
کد رهگیری:	شماره تلفن بیمه گذار:
نشانی محل حادثه:	
نام و نام خانوادگی زیان دیده:	نوع آسیب: (جانی یا مالی)
رابطه زیان دیده با بیمه گذار: <input type="checkbox"/> کارکنان <input type="checkbox"/> اشخاص ثالث <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر رابطه):	
تاریخ وقوع حادثه:	تاریخ اعلام خسارت:

• این قسمت ترجیحاً باید توسط بیمه گذار تکمیل شود ولی در مواردی که این کار به دلایل موجه مقدور نیست، نماینده صدور می تواند با کسب اطلاعات از بیمه گذار، زیان دیده و شاهدان، آن را تکمیل نماید.

<p>(لطفاً بصورت کامل تاریخ، زمان، مکان، علت حادثه، نتیجه حادثه، شرح اقدامات انجام شده، وضعیت فعلی فرد یا مورد آسیب دیده و... شرح دهید.)</p>	شرح حادثه
---	-----------

امضا و مهر نماینده صدور:

امضا / مهر بیمه گذار:

نام و نام خانوادگی شاهد:	امضاء:	نام و نام خانوادگی شاهد:	امضاء:
--------------------------	--------	--------------------------	--------