



فرم اعلام خسارت بیمه های مسئولیت و طرح های خاص

شماره شناسایی سند: PI24F901
شماره بازنگری: 01

نام بیمه گذار:	شماره بیمه نامه:
آدرس و تلفن تماس بیمه گذار:	

نام زیان دیده:	نام پدر:	ملیت: <input type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> اتباع خارجی	تلفن تماس زیان دیده:
تعداد زیان دیدگان:		رابطه زیان دیده با بیمه گذار: کارکنان <input type="checkbox"/> سمت..... اشخاص ثالث <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر رابطه):.....	
آدرس دقیق محل وقوع حادثه: شهر/ روستا:..... خیابان اصلی..... خیابان فرعی.....			
کوی..... پلاک..... نام کارگاه یا پروژه..... تلفن تماس:.....			
تاریخ وقوع حادثه:		ساعت وقوع حادثه:	
تاریخ وقوع خسارت:			

نوع خسارت: جانی <input type="checkbox"/> مالی <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>	
علت بروز حادثه:	
حادثه به طور کامل شرح داده شود:	
چنانچه خسارت جانی می باشد، نوع آسیب وارده به عضو حادثه دیده (شکستگی، قطع عضو، سوختگی، بریدگی و....) مشخص گردد:	
اقداماتی که بعد از وقوع حادثه برای زیان دیده صورت گرفته است:	
چنانچه خسارت مالی می باشد، مبلغ خسارت برآوردی (ریال) مشخص گردد:	

اینجانب / اینجانبان، امضاء کننده/ کنندگان ذیل، گواهی می نماید که زیان دیده فوق الذکر دچار حادثه به شرح مندرج در متن فوق گردیده است.

محل مهر و امضاء بیمه گذار:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:
تاریخ:	سمت:	سمت:	سمت:
امضاء/ تاریخ:	امضاء/ تاریخ:	امضاء/ تاریخ:	امضاء/ تاریخ:

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل گردد:

تاریخ و ساعت دریافت فرم اعلام خسارت:

واحد دریافت کننده: نمایندگی..... شعبه.....

نام و نام خانوادگی دریافت کننده:

مهر و امضا واحد دریافت کننده:

✓ چنانچه تعداد زیان دیدگان بیش از یک نفر باشد، اطلاعات هریک از زیان دیدگان باید در فرم جداگانه تکمیل گردد.