



مدیریت بیمه های مسئولیت

به نام خدا

تاریخ ثبت

ش پ خ

برگ اعلام خسارت

بیمه گذار محترم :

خواهشمند است در صورت بروز حادثه ، مراتب به انضمام تصویر بیمه نامه با مراجعه مستقیم به شعب سراسر کشور و یا از طریق دورنویس شماره ۶۶۴۰۹۸۷۵ به اداره خسارت بیمه های مسئولیت مرکز اعلام گردد .

توجه : طبق ماده ۱۵ قانون بیمه و شرایط عمومی بیمه نامه خسارتی که حد اکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ اطلاع بیمه گذار به بیمه گر اعلام نگردد، بیمه گر مسئول جبران خسارت نخواهد بود.

شماره بیمه نامه :

نام بیمه گذار :

ساعت و تاریخ وقوع حادثه :

زیان دیده / زیان دیدگان :

آدرس دقیق محل وقوع حادثه :

شماره دورنویس :

تلفن تماس :

شرح مختصر حادثه و خسارت وارده :

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

نام و نام خانوادگی

نام و نام خانوادگی

نام و نام خانوادگی

نام و نام خانوادگی

امضاء / تاریخ

امضاء / تاریخ

امضاء / تاریخ

امضاء / تاریخ

آدرس دقیق بیمه گذار جهت انجام مکاتبات لازم :

مهر و امضاء بیمه گذار

تاریخ تنظیم

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

نشانی : تهران ، خیابان آیت ... طالقانی ، شماره ۱۴۷ ، ساختمان شماره ۵ شرکت بیمه آسیا



کادر ترسیم کروکی محل حادثه :

شمال ↑

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل می گردد .

تاریخ و ساعت دریافت اعلام خسارت :

نام و نام خانوادگی دریافت کننده :

واحد دریافت کننده (شعبه)

مهر و امضاء واحد دریافت کننده :