



فرم درخواست خسارت ثالث بدون گزارش مقامات انتظامی

شماره سند: FM-CI-2101/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

شماره پرونده:

مشخصات مقصر حادثه (بیمه گذار)

اینجانب: راننده مقصر حادثه شاغل در (شغل) دارای خودرویی با مشخصات زیر اقرار و اعتراف می‌نمایم که در تاریخ / / ساعت در محل تصادف نموده ام و در این حادثه مقصر می‌باشم.

شماره ملی:	شماره گواهینامه:	نوع گواهینامه:	تاریخ صدور:																
شماره VIN (پشت کارت ماشین سمت راست قید شده)																			
نوع وسیله نقلیه:		پلاک:	رنگ: / / سال ساخت:																
آدرس محل سکونت:		تلفن همراه: / / تلفن ثابت:																	
توضیح علت تمامه تصادف:		نقاط آسیب دیده: (از کادر زیر علامت بزنید)																	
<input type="radio"/> عدم توجه به جلو <input type="radio"/> فرعی به اصلی <input type="radio"/> ورود ممنوع <input type="radio"/> انحراف به چپ <input type="radio"/> انحراف به راست <input type="radio"/> انحراف به راست <input type="radio"/> عدم رعایت حق تقدم <input type="radio"/> عدم رعایت فاصله جانبی <input type="radio"/> حرکت دنده عقب		<table border="1"> <tr> <td>۱</td> <td>جلو</td> <td>۲</td> <td>عقب</td> </tr> <tr> <td>۳</td> <td>بدنه راست</td> <td>۴</td> <td>بدنه چپ</td> </tr> <tr> <td>۵</td> <td>جلو راست</td> <td>۶</td> <td>جلو چپ</td> </tr> <tr> <td>۷</td> <td>عقب راست</td> <td>۸</td> <td>عقب چپ</td> </tr> </table>		۱	جلو	۲	عقب	۳	بدنه راست	۴	بدنه چپ	۵	جلو راست	۶	جلو چپ	۷	عقب راست	۸	عقب چپ
۱	جلو	۲	عقب																
۳	بدنه راست	۴	بدنه چپ																
۵	جلو راست	۶	جلو چپ																
۷	عقب راست	۸	عقب چپ																
امضا و اثر انگشت مقصر:		تاریخ: / /																	

مشخصات آسیب دیده (زیان دیده)

اینجانب: راننده حادثه شاغل در (شغل) دارای خودرویی با مشخصات زیر اقرار و اعتراف می‌نمایم که در تاریخ / / ساعت در محل تصادف نموده ام و در این حادثه زیان دیده می‌باشم.

شماره ملی:	شماره گواهینامه:	نوع گواهینامه:	تاریخ صدور:																
شماره VIN (پشت کارت ماشین سمت راست قید شده)																			
نوع وسیله نقلیه:		پلاک:	رنگ: / / سال ساخت:																
آدرس محل سکونت:		تلفن همراه: / / تلفن ثابت:																	
توضیح علت تمامه تصادف:		نقاط آسیب دیده: (از کادر زیر علامت بزنید)																	
.....		<table border="1"> <tr> <td>۱</td> <td>جلو</td> <td>۲</td> <td>عقب</td> </tr> <tr> <td>۳</td> <td>بدنه راست</td> <td>۴</td> <td>بدنه چپ</td> </tr> <tr> <td>۵</td> <td>جلو راست</td> <td>۶</td> <td>جلو چپ</td> </tr> <tr> <td>۷</td> <td>عقب راست</td> <td>۸</td> <td>عقب چپ</td> </tr> </table>		۱	جلو	۲	عقب	۳	بدنه راست	۴	بدنه چپ	۵	جلو راست	۶	جلو چپ	۷	عقب راست	۸	عقب چپ
۱	جلو	۲	عقب																
۳	بدنه راست	۴	بدنه چپ																
۵	جلو راست	۶	جلو چپ																
۷	عقب راست	۸	عقب چپ																
امضا و اثر انگشت زیان دیده:		تاریخ: / /																	

محل کروکی:	ظریه کارشناس خسارت:
شمال شرق غرب جنوب	نیاز به تحقیق: <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد

۲- نام و امضا مسئول خسارت:

۱- نام و امضا مسئول پذیرش: