

شماره سند: FM-HI-61/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست: .....

صفحه: ۱ از ۱



## فرم اعلام خسارت بیمه حوادث انفرادی

- در صورت وقوع هریک از خطرات مورد تعهد برای بیمه شده خواهشمند است موارد خواسته شده در زیر را تکمیل و جهت بررسی به بیمه‌گر تحویل نمایید
- مسئولیت کلیه پاسخ‌های داده شده در زیر به عهده ذینفع/ذینفعان از مبلغ بیمه می‌باشد.

۱ - شماره بیمه نامه: \_\_\_\_\_ تلفن تماس: \_\_\_\_\_

۲ - نام و نام خانوادگی بیمه شده (مصدوم): \_\_\_\_\_

۳ - شغل در هنگام وقوع حادثه: \_\_\_\_\_ کد ملی: \_\_\_\_\_

۴ - مصدوم قبل از وقوع حادثه مبتلا به معلولیت‌های جسمانی و یا ذهنی بیماریهای مزمن نظیر ایدز- هیپاتیت - ام اس و... بوده است؟ در صورت ابتلا دقیقاً مشخص نمایید  بله  خیر

۵ - وقوع حادثه در ساعت: \_\_\_\_\_ مورخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ بوده است.

۶ - محل دقیق حادثه: \_\_\_\_\_

۷ - شرح مختصر حادثه: \_\_\_\_\_

۸ - آیا بیمه شده بعد از وقوع حادثه به مرکز پزشکی اعزام گردیده، در صورت اعزام لطفاً موارد زیر را پاسخ دهید.

بله  خیر

نام مرکز پزشکی: \_\_\_\_\_ تاریخ اعزام: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

نشانی: تهران / شهرستان \_\_\_\_\_

۹ - آیا پرونده حادثه به مراجع ذیصلاح ارجاع گردیده؟ در صورت ارجاع لطفاً موارد زیر را پاسخ دهید.

بله  خیر

نام مرجع ذیصلاح: \_\_\_\_\_

تاریخ تشکیل پرونده: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ شماره پرونده: \_\_\_\_\_

نشانی: تهران / شهرستان \_\_\_\_\_

۱۰ - نام و نام خانوادگی و شماره تلفن استفاده کنندگان از مبلغ بیمه.

امضاء ذینفع/ذینفعان از مبلغ بیمه:

تاریخ: