



فرم اعلام خسارت بیمه عمر و حوادث گروهی

شماره سند: FM-HI-64/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

- بیمه گذار محترم ، جهت اعلام خسارت هریک از بیمه شدگان خواهشمند است این فرم را براساس آخرین وضعیت بیمه شده در تاریخ وقوع خسارت تکمیل و به بیمه آرمان مسترد فرمائید . فرم هائی که ناقص تکمیل شود و یا دارای قلم خوردگی باشد ترتیب اثر داده نخواهد شد .
- با توجه به اینکه بررسی پرونده خسارت براساس مندرجات ذیل می باشد لذا مسئولیت کلیه اظهارات متوجه بیمه گذار خواهد بود .

شرکت بیمه آرمان

عطف به قرارداد فیما بین به اطلاع می رساند بیمه شده با مشخصات زیر (مصدوم گردیده ، فوت نموده) لذا خواهشمند است موضوع را بررسی و نسبت به پرداخت خسارت اقدام نمائید .
 ضمناً بیمه شده تا تاریخ وقوع (حادثه ، فوت) از کارکنان این شرکت محسوب می شده و تحت پوشش قرارداد بیمه (عمر، حوادث) شماره ذیل بوده است .

• شماره قرارداد بیمه حوادث : شماره قرارداد بیمه عمر :

• بیمه شده خانم / آقای : شماره پرسنلی :

• تاریخ تولد / / شماره شناسنامه : کد ملی :

• تاریخ استخدام / / تاریخ شروع به کار / / تاریخ شروع پوشش بیمه / /

• نوع استخدام : رسمی قراردادی موقت کارآموز باز نشسته سایر موارد (نام برده شود)

• تاریخ وقوع حادثه- فوت / / علت صدمه بدنی : حادثه بیماری

• بیمه شده قبل از وقوع حادثه مبتلا به معلولیت های جسمانی و یا ذهنی و یا بیماری های مزمن نظیر ایدز- هپاتیت - ام اس و دیابت . . . بوده است ؟ در صورت ابتلا دقیقاً مشخص نمائید بوده نبوده

• طبق آخرین اطلاعات ارسالی که مربوط به قبل از تاریخ (وقوع حادثه - فوت) می باشد نام وی ردیف صورت اسامی بیمه شدگان ماه درج گردیده است .

• سایر اطلاعات مفید در بررسی خسارت

• مدارک زیر پیوست است

مهر و امضاء بیمه گذار

تاریخ