



فرم اعلام خسارت بیمه نامه مسئولیت مدنی متصدیان حمل و نقل داخلی / بین المللی

شماره سند: FM-LI-01/01

تاریخ: / / ۱۳

صفحه: ۱ از ۱

بیمه گذار محترم، لطفا در صورت وقوع هر نوع خسارت که با توجه به پوشش های بیمه نامه مسئولیت صادره شرکت بیمه آرمان قابل جبرانمی باشد، نسبت به تکمیل فرم ذیل اقدام فرموده و فرم را ظرف مدت تعیین شده در " شرایط عمومی بیمه نامه مسئولیت مدنی(.....)" به شعبه مربوطه تحویل فرمائید.

**مشخصات بیمه گذار:**

نام بیمه گذار:.....

شماره بیمه نامه:..... شماره الحاقیه:.....

نشانی و شماره تماس:.....

**مشخصات محموله و وسیله حمل کننده آن :**

شرکت حمل و نقل:.....

نوع وسیله حمل:..... شماره شهربانی وسیله حمل:.....

نام راننده:..... شماره تماس راننده (تلفن همراه):.....

شماره بارنامه / راهنما:..... تاریخ صدور بارنامه / راهنما:.....

نوع محموله:..... شماره ترانزیت وسیله حمل:.....

مبدأ:.....

**چگونگی حادثه :**

شرح دقیق و علت وقوع حادثه:

تاریخ وقوع حادثه: ساعت:..... روز:..... ماه:..... سال:.....

نشانی دقیق محل وقوع حادثه:.....

محل استقرار وسیله نقلیه حامل کالا:.....

وضعیت فعلی محموله:.....

شماره تلفن همراه فرد رابط جهت هماهنگی برای بازدید:.....

امضا و مهر بیمه گذار

تاریخ تکمیل فرم ( الزامی است):.....