

شماره سند: FM-LB-86/01

تاریخ: / / ۱۳۹۹

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱



فرم اعلام خسارت مالی بیمه مسئولیت

مشخصات بیمه گذار

نام بیمه گذار:

شماره بیمه نامه:

تاریخ پایان بیمه نامه:

تاریخ شروع بیمه نامه:

شماره تماس بیمه گذار (تلفن همراه):

مشخصات زیان دیده

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

شماره شناسنامه:

کد ملی:

محل صدور:

تاریخ تولد: روز ماه سال

نشانی حادثه دیده (همراه با کد پستی و شماره تماس):

چگونگی حادثه

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

محل دقیق وقوع حادثه:

شرح حادثه:

توضیحات

اقدامی که از طرف بیمه گذار و زیان دیده به عمل آمده:

.....

شهود حادثه:

.....

بیمه گذار

نام و نام خانوادگی، تاریخ، امضاء