



فرم اعلام خسارت بیمه‌های عمر و زندگی (شعب)

شماره سند: FM-LV-۶۱/۰۱

تاریخ: / / ۱۴

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

نام و کد شعبه:		نام و کد نمایندگی:	شماره بیمه‌نامه:
تاریخ وقوع خسارت:		تاریخ اعلام خسارت:	علت خسارت:
مشخصات بیمه‌نامه	نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار:		
	نام و نام خانوادگی بیمه‌شده:		
	تاریخ تولد بیمه‌شده:		
نوع خسارت	تاریخ شروع بیمه‌نامه:		
	تاریخ وقوع حادثه:		
شرح خسارت توسط بیمه‌گذار / ذینفع تکمیل گردد	<input type="checkbox"/> فوت طبیعی <input type="checkbox"/> فوت ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> نقص عضو و از کارافتادگی <input type="checkbox"/> هزینه پزشکی ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> امراض خاص <input type="checkbox"/> معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی <input type="checkbox"/> مستمری در صورت از کارافتادگی		
	شرح خسارت:		
اطلاعات بانکی	نام و نام خانوادگی / تاریخ / امضاء بیمه‌گذار / ذینفع		
	شماره حساب: نام بانک: نام صاحب حساب: شماره شبا: اینجانب: فرزند: به کد ملی: به نشانی: در خصوص ارائه‌ی هرگونه اطلاعات و مدارک مورد نیاز درخواستی شرکت بیمه آرمان برای تشکیل و بررسی پرونده خسارت، همکاری لازم را به عمل خواهم آورد. نام و نام خانوادگی / تاریخ / امضاء: بیمه‌گذار / ذینفع		
توسط شعبه نماینده تکمیل گردد	نکته: صرف تکمیل فرم اعلام خسارت، هیچ‌گونه تعهدی برای شرکت بیمه آرمان ایجاد نمی‌کند. پرداخت غرامت و میزان آن منوط به بررسی و کارشناسی مدارک خسارت ارسالی خواهد بود.		
	اینجانب: به کد پرسنلی / کد نمایندگی: شخصاً بیمه‌گذار / ذینفع را ملاقات نموده و ضمن ارائه اطلاعات کامل در خصوص درخواست مطابق با شرایط عمومی و احراز هویت ایشان و نیز اخذ تصویر شناسنامه / کارت ملی و مطابقت با امضاء فرم پیشنهاد صحت امضای ایشان را تأیید می‌نمایم. تاریخ امضاء:		

نام و امضاء کارشناس شعبه:

تاریخ ثبت در دبیرخانه شعبه: