



فرم بررسی پرونده خسارت

شماره سند: FM-LV-65/01

تاریخ: / /

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

نام بیمه گذار:	شماره بیمه نامه:	تاریخ وقوع خسارت:
نام بیمه شده خسارت دیده:	تاریخ صدور:	تاریخ اعلام خسارت:
سن بیمه شده:	واحد صدور:	تاریخ تکمیل مدارک:
نتیجه بررسی اولیه کارشناس ستاد	تاریخ بررسی درخواست:	
	وضعیت بیمه شده در زمان صدور: نرخ عادی اضافه نرخ طبقه شغلی	
	بیمه نامه دارای الحاقیه: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
	وضعیت بیمه نامه در زمان خسارت: اقساط بیمه نامه تا تاریخ پرداخت شده است .	
	مبلغ اندوخته بیمه نامه در زمان خسارت: سال خسارت:	
شرح خسارت:		
نوع خسارت:	هزینه پزشکی در اثر حادثه <input type="checkbox"/>	
	امراض خاص <input type="checkbox"/>	
	معاذت از پرداخت حق بیمه در صورت ازکارافتادگی <input type="checkbox"/>	
فوت عادی <input type="checkbox"/>		
فوت به علت حادثه <input type="checkbox"/>		
نقص عضو در اثر حادثه (کلی و جزئی دائم) <input type="checkbox"/>		
نام و نام خانوادگی / تاریخ و امضاء کارشناس:		
اظهار نظر پزشک معتمد	اینجانب دکتر:	
	نظریه اول:	
	نظریه دوم:	
تاریخ ، مهر و امضاء:		
با توجه به مدارک موجود (پیوست) مراتب زیر را اعلام می دارم.		



فرم بررسی پرونده خسارت

شماره سند: FM-LV-65/01

تاریخ: / /

پیوست:

صفحه: ۱ از ۲

مدیر محترم مالی

خواهشمند است دستور فرمایید نسبت به پرداخت مبلغ با توجه به مستندات خسارت در وجه اقدام نمایند .

امضا و تاریخ:

اطهار نظر مدیریت