



فرم اعلام خسارت مالی بیمه نامه شخص ثالث

شماره سند: FM-CR-2105/04

تاریخ: / /

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

فرم اعلام خسارت مالی بیمه نامه شخص ثالث: با گزارش بدون گزارش

مشخصات مقصر حادثه

شماره پرونده:	کد رهگیری:	واحد پرداخت خسارت:
شماره بیمه نامه:	تاریخ شروع:	نام بیمه گذار:
شماره ملی راننده:	شماره گواهینامه:	تاریخ صدور گواهینامه:
نوع وسیله نقلیه:	شماره انتظامی:	سال ساخت:
شماره شاسی:	شماره موتور:	حداکثر تعهدات مالی:
آدرس محل سکونت:	تلفن همراه:	تلفن ثابت:

اینجانب راننده مقصر حادثه دارای خودروئی با مشخصات فوق اقرار می نمایم که در تاریخ / / در ساعت در محل تصادف نموده ام و در این حادثه مقصر می باشم.

گزارش پلیس ندارم <input type="radio"/> دارم <input type="radio"/> سریال کروکی	نقاط آسیب دیده: (از کادر زیر علامت بزنید)																				
علت تامه تصادف:	<table border="1"> <tr><td>۱</td><td>جلو</td><td>۲</td><td>عقب</td></tr> <tr><td>۳</td><td>بدنه راست</td><td>۴</td><td>بدنه چپ</td></tr> <tr><td>۵</td><td>جلو راست</td><td>۶</td><td>جلو چپ</td></tr> <tr><td>۷</td><td>عقب راست</td><td>۸</td><td>عقب چپ</td></tr> <tr><td>۹</td><td>سایر</td><td></td><td></td></tr> </table>	۱	جلو	۲	عقب	۳	بدنه راست	۴	بدنه چپ	۵	جلو راست	۶	جلو چپ	۷	عقب راست	۸	عقب چپ	۹	سایر		
۱	جلو	۲	عقب																		
۳	بدنه راست	۴	بدنه چپ																		
۵	جلو راست	۶	جلو چپ																		
۷	عقب راست	۸	عقب چپ																		
۹	سایر																				
<input type="radio"/> عدم توجه به جلو <input type="radio"/> فرعی به اصلی <input type="radio"/> حرکت با دنده عقب <input type="radio"/> عدم رعایت حق تقدم <input type="radio"/> انحراف به راست <input type="radio"/> انحراف به چپ <input type="radio"/> عدم رعایت فاصله جانبی <input type="radio"/> تغییر مسیر ناگهان <input type="radio"/> ورود ممنوع	امضاء و اثر انگشت مقصر: / / تاریخ:																				

مشخصات زیان دیده

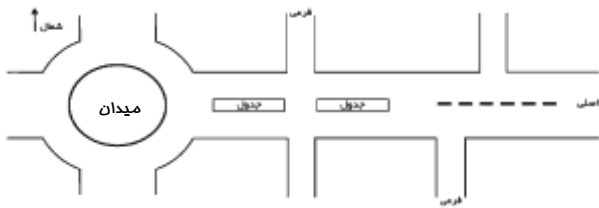
شماره بیمه نامه:	تاریخ شروع:	تاریخ انقضاء:	شرکت بیمه گر:
شماره ملی راننده:	شماره گواهینامه:	نوع گواهینامه:	تاریخ صدور گواهینامه:
نوع وسیله نقلیه:	شماره انتظامی:	رنگ:	سال ساخت:
شماره شاسی:	شماره موتور:	ارزش روز خودرو:	سایر اشیاء:
آدرس محل سکونت:	تلفن همراه:	تلفن ثابت:	

اینجانب راننده زیان دیده حادثه دارای خودروئی با مشخصات زیر اقرار می نمایم که در تاریخ / / در ساعت در محل تصادف نموده ام و در این حادثه زیان دیده می باشم.

مشخصات مالک وسیله نقلیه زیان دیده (در صورتیکه با راننده متفاوت باشد):	نقاط آسیب دیده: (از کادر زیر علامت بزنید)	امضاء و اثر انگشت زیان دیده:																				
نام و نام خانوادگی:	<table border="1"> <tr><td>۱</td><td>جلو</td><td>۲</td><td>عقب</td></tr> <tr><td>۳</td><td>بدنه راست</td><td>۴</td><td>بدنه چپ</td></tr> <tr><td>۵</td><td>جلو راست</td><td>۶</td><td>جلو چپ</td></tr> <tr><td>۷</td><td>عقب راست</td><td>۸</td><td>عقب چپ</td></tr> <tr><td>۹</td><td>سایر</td><td></td><td></td></tr> </table>	۱	جلو	۲	عقب	۳	بدنه راست	۴	بدنه چپ	۵	جلو راست	۶	جلو چپ	۷	عقب راست	۸	عقب چپ	۹	سایر			تاریخ: / /
۱	جلو	۲	عقب																			
۳	بدنه راست	۴	بدنه چپ																			
۵	جلو راست	۶	جلو چپ																			
۷	عقب راست	۸	عقب چپ																			
۹	سایر																					
شماره ملی مالک:	تلفن:																					
شماره شناسنامه:	سال تولد:																					
شماره حساب:	نام بانک:																					

شماره شب مالک: IR

کروکی فرضی (چگونگی و علت وقوع حادثه را لطفاً شرح دهید):



جناب آقای کارشناس محترم شرکت بیمه آرمان، لطفاً از خودروی فوق بازدید و نتیجه آن را گزارش نمایید.

نام و امضاء کارشناس خسارت:

نیاز به تحقیق و بررسی حادثه دارد ندارد