



فرم اعلام خسارت بیمه بدنه

شماره سند: FM-CR-2205/03

تاریخ: / / ۱۴

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

فرم اعلام خسارت بیمه نامه بدنه: با گزارش بدون گزارش

مشخصات زیان دیده

شماره پرونده: رهگیری: واحد پرداخت خسارت:

شماره بیمه نامه: تاریخ شروع: تاریخ انقضاء: نام بیمه گذار:
شماره ملی راننده: شماره گواهینامه: نوع گواهینامه: تاریخ صدور گواهینامه:
نوع وسیله نقلیه: شماره انتظامی: رنگ: سال ساخت:
شماره شاسی: شماره موتور: مورد استفاده: ذینفع:
آدرس محل سکونت: تلفن همراه: تلفن ثابت:

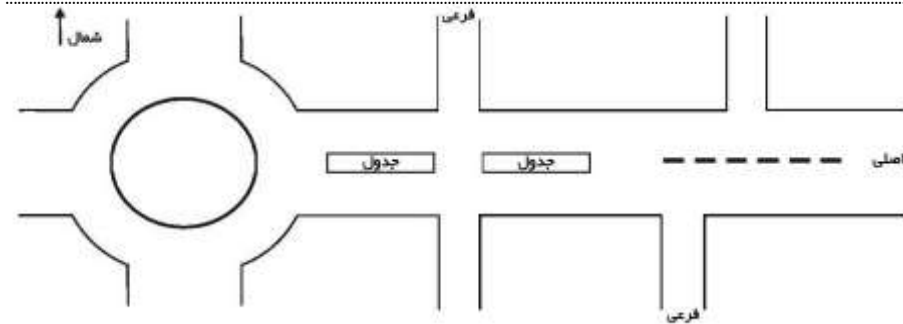
ارزش مورد بیمه: ارزش روز خودرو: نحوه پرداخت حق بیمه: نقدی اقساطی

احتراماً به اطلاع می رساند؛ اینجانب راننده وسیله نقلیه به مشخصات فوق و به مالکیت خودم / آقا خانم شرکت در تاریخ / / ۱۴ ساعت در محل دچار حادثه گردیده است. لذا خواهشمند است نسبت به بازدید اتومبیل مورد بیمه و ارزیابی و پرداخت خسارت طبق شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه بدنه اقدام نمایید.

مشخصات حادثه

نوع حادثه: خسارت جزئی خسارت کلی سرقت جزئی سرقت کلی آتش سوزی، انفجار، صاعقه بلایای طبیعی شکست شیشه به تنهایی سایر موارد:
 گزارش راهنمایی و رانندگی گزارش مقامات انتظامی قضائی آتش نشانی دارد ندارد
شماره سریال کروکی (در صورت وجود): علت تامه حادثه:

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



نقاط آسیب دیده: (از کادر زیر علامت بزنید)			
۱	جلو	۲	عقب
۳	بدنه راست	۴	بدنه چپ
۵	جلو راست	۶	جلو چپ
۷	عقب راست	۸	عقب چپ
۹	زیر خودرو	۱۰	سقف خودرو
۱۱	داخل خودرو	۱۲	سایر مواضع

در صورت وجود مقصر حادثه، ارائه مدارک خسارت دریافتی از محل بیمه نامه شخص ثالث مقصر حادثه، ثبت آدرس و تلفن ایشان الزامیست.

نام و نام خانوادگی مقصر: شماره بیمه ثالث مقصر: شرکت بیمه گر:
مبلغ دریافتی از بیمه نامه مقصر: آدرس و شماره تلفن مقصر: آیا نسبت به مقصر حادثه گذشت کرده اید؟ بلی خیر

IR	شماره شبا مالک														
----	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام و نام خانوادگی مالک وسیله نقلیه (در صورتیکه با راننده متفاوت باشد): شماره ملی مالک: تلفن:
سال تولد: شماره شناسنامه: شماره حساب: نام بانک:

شرکت بیمه آرمان؛ اینجانب تعهد می نمایم پس از تعمیر و بازسازی خودروی فوق به یکی از شعب آن شرکت مراجعه نموده و نسبت به انجام بازدید سلامت و در صورت لزوم تکمیل سرمایه بیمه نامه بدنه خویش اقدام لازم را انجام نمایم.

در صورت عدم انجام بازدید سلامت، شرکت بیمه آرمان هیچگونه تعهدی نسبت به پرداخت خسارت احتمالی بعدی از همان نواحی را نخواهد داشت تاریخ: / / ۱۴

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

نام و امضاء ارزیاب خسارت:

نیاز به تحقیق و بررسی حادثه دارد ندارد