بیمه سامان
Saman Insurance

کد فرم: LIF158
تجدید نظر: 01
صفحه: ۱ از ۱

فرم اعلام خسارت بیمه نامه های انفرادی (حوادث، عمر زمانی، مانده بدهکار)

لطفاً در صورت وقوع هر نوع خسارت که با توجه به پوشش‌های بیمه‌نامه صادره شرکت بیمه سامان قابل جبران می‌باشد، نسبت به تکمیل فرم ذیل اقدام فرموده و فرم را حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از زمان بروز خسارت به شعب بیمه سامان تحویل فرمایید.

تاریخ تکمیل فرم: / /

اطلاعات بیمه‌نامه

نام بیمه‌گذار: ..... شماره بیمه‌نامه: .....

نام بیمه‌شده: ..... کد ملی بیمه‌شده: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

نوع بیمه‌نامه: ☐ عمر زمانی انفرادی ☐ حوادث انفرادی ☐ عمر مانده بدهکار انفرادی

اطلاعات خسارت

تاریخ وقوع خسارت: / /

نوع خسارت: ☐ فوت ☐ نقص عضو ☐ هزینه پزشکی ☐ غرامت بستری بیمارستانی

علت دقیق وقوع خسارت: .....

.....

در صورت بروز خسارت هزینه پزشکی، نقص عضو و غرامت بستری ذینفع بیمه‌نامه شخص بیمه‌شده می‌باشد.

اطلاعات بانکی بیمه‌شده

نام و نام خانوادگی: ..... کد ملی: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ شماره تماس: .....

شماره حساب: ..... نام بانک: .....

شماره شبا: IR ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

در صورت بروز فوت طبق فرم پرسشنامه یا بیمه‌نامه تعیین می گردد.

اطلاعات بانکی

ذینفع اول

نام و نام خانوادگی: ..... کد ملی: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ شماره تماس: .....

شماره حساب: ..... نام بانک: .....

شماره شبا: IR ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ذینفع دوم

نام و نام خانوادگی: ..... کد ملی: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ شماره تماس: .....

شماره حساب: ..... نام بانک: .....

شماره شبا: IR ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

در صورتی‌که تعداد ذینفعان بیش از ۲ نفر باشد، در برگه‌ای مجزا با تایید بیمه‌گذار ارائه گردد.

اعلام کننده خسارت

کلیه اطلاعات مندرج در این فرم مورد تایید این جانب ..... می‌باشد.

تاریخ: / /
ساعت: :

نام و امضاء ذینفع:

تاریخ: / /
ساعت: :

نام و امضاء بیمه‌گذار: