

فرم اعلام خسارت بیمه های مسئولیت



نام بیمه گذار:		کد بیمه گذار:	
رشته بیمه ای: پرستاری		شماره بیمه نامه:	
آدرس و تلفن تماس بیمه گذار:			
نوع خسارت		علت حادثه:	
<input type="checkbox"/> جانی <input type="checkbox"/> بله		تاریخ حادثه:	
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> جانی		تاریخ اعلام خسارت:	
آدرس دقیق مرکز درمانی محل حادثه:			
رابطه زیان دیده با بیمه گذار:			
ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	شماره شناسنامه
ملیت	تاریخ تولد	محل صدور	تلفن
1			
2			
3			
شرح حادثه:			
تاریخ و ساعت دریافت فرم اعلام خسارت:		تاریخ:	
ساعت		نام و مهر و امضاء	
واحد دریافت کننده:		نام و مهر و امضاء	
مجتمع / شعبه / نماینده:		نام و مهر و امضاء	

- پس از تکمیل فرم پر شده را به یکی از شعب مرکزی بیمه البرز در مراکز استان محل فعالیت خود یا دفتر مرکزی شرکت نمایندگی بیمه آینده روشن سپهر البرز (کد 6914) به آدرس شاندیز مقابل پمپ بنزین کد پستی 9356147857 ارسال نمایید.
 شماره های تماس دفتر مرکزی؛ 34283613 – 38908585 – 051 38658585
 ارتباط با ما در فضای مجازی 09027619081 – 09151107679