



Fo-1210-19-01	فرآیند پرداخت خسارت بیمه های عمر و سرمایه گذاری	
تاریخ بازنگری:		
Fo-1210-19-01	فرم اعلام خسارت فوت/فوت حادثی/هزینه پزشکی حادثی/نقص عضو/ازکار افتادگی/امراض خاص	
تاریخ بازنگری:		

اینجانب نسبت به خسارت مورخ ..... که منجر به ..... شده است، اعلام خسارت می نمایم و خواهشمند است نسبت به پرداخت خسارت اقدام فرمایید

شماره بیمه نامه:	نام بیمه گذار:	مشخصات بیمه نامه
تاریخ شروع:	تاریخ انقضا:	
نام بیمه شده:	کد ملی بیمه شده:	
آدرس منزل:	تاریخ تولد:	
تلفن منزل:	تلفن همراه:	

شرح حادثه	
-----------	--

شماره شبا و نام بانک بیمه شده/بیمه گذار:

اینجانب ..... با تایید صحت کلیه اطلاعات فوق تعهد می نمایم که در صورتیکه ثابت شود مطالبی خلاف واقع اظهار گردیده است، کلیه مسئولیت و عواقب آن را بپذیرم

تاریخ: نام و نام خانوادگی و امضا اعلام کننده خسارت: نسبت با بیمه شده:

تاریخ ثبت در دبیرخانه:	نام و امضای کارشناس پذیرش:
------------------------	----------------------------