



کد شناسه:
DCC-3072100401

فرم اعلام خسارت بیمه‌گذار بیمه‌نامه آتش سوزی

شرکت بیمه دی

با احترام، اینجانب فرزند به کد ملی بیمه‌گذار بیمه‌نامه آتش سوزی به شماره اعلام می‌دارد در تاریخ مورد بیمه اینجانب واقع در نشانی دچار حادثه شده است .
لذا خواهشمند است نسبت به بازدید از مورد بیمه و برآورد خسارت اقدام فرمایید .

با تشکر
نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار :
تاریخ و امضاء :

این قسمت توسط بیمه‌گذار تکمیل شود :

این قسمت توسط مدیریت محترم شعبه تکمیل شود :

جناب آقای
کارشناس محترم خسارت شعبه

با احترام، مقتضی است با رعایت حدود اختیارات شعبه در اسرع وقت نسبت به اعزام ارزیاب خسارت بیمه مرکزی طبق دستورالعمل اقدام و گزارش آن را ارائه فرمایید .

به ارجاع پرونده به ستاد نیاز دارد ☐ ندارد ☐

تاریخ و امضاء مدیریت شعبه :

این قسمت توسط کارشناس محترم شعبه تکمیل شود :

جناب آقای
مدیر محترم شعبه

با احترام، به پیوست گزارش ارزیابی خسارت به حضور ارسال می‌شود.

نام و نام خانوادگی کارشناس شعبه :
تاریخ و امضاء :