فــرم اعلام خسارت بیمــه‌نامه مستمــری پیشامــد

بیمه‌گذار/ذینفع محترم، خواهشمند است موارد مندرج در این فرم را با دقت و به صورت خوانا تکمیل فرمایید.

شماره بیمه‌نامه: | **نام وکد شعبه:** | **نام وکد نمایندگی:**

تاریخ وقوع خسارت: | **تاریخ اعلام خسارت:** | **علت خسارت:**

مشخصات بیمه نامه

نام و نام‌خانوادگی بیمه‌گذار: | کدملی بیمه‌گذار:

نام و نام‌خانوادگی بیمه‌شده: | تاریخ تولد بیمه‌شده: | سن بیمه‌شده:

شغل اصلی بیمه‌شده: | شغل فرعی بیمه‌شده:

نحوه دریافت مستمری

روش دریافت مستمری: ☐ ماهانه ☐ سه ماهه ☐ شش ماهه ☐ سالانه

مدت دریافت مستمری: ☐ ۵سال ☐ ۱سال ☐ ۱۵سال ☐ ۲۰سال

ضریب تعدیل مستمری: ☐ صفر ☐ ۵ درصد ☐ ۱۰ درصد

شرح خسارت
(توسط بیمه‌گذار/ ذینفع تکمیل گردد)

شرح خسارت:

.....

.....

.....

.....

.....

نام و نام‌خانوادگی بیمه‌گذار/ذینفع

تاریخ ، امضا

مشخصات شماره حساب بیمه‌گذار/ذینفع

نام و نام‌خانوادگی ذینفع اول: ....., کدملی:....., **شماره حساب بانکی** ..... نام بانک .....

شماره شبا:

I	R																									

نام و نام‌خانوادگی ذینفع دوم: ....., کدملی:....., **شماره حساب بانکی** ..... نام بانک .....

شماره شبا:

I	R																									

نام و نام‌خانوادگی ذینفع سوم: ....., کدملی:....., **شماره حساب بانکی** ..... نام بانک .....

شماره شبا:

I	R																									

نام،نام‌خانوادگی،امضا ذینفع اول: | **نام،نام‌خانوادگی،امضا ذینفع دوم:** | **نام،نام‌خانوادگی،امضا ذینفع سوم:**

نکتــه۱: مسئولیت هرگونه اشتباه در اعلام شماره حساب، نام صاحب حساب و سایر مشخصات حساب بانکی جهت واریز مبلغ فوق، به عهده ذینفعان می‌باشد.

نکتــه۲: صرف تکمیل فرم اعلام خسارت، هیچ گونه تعهدی برای شرکت بیمه دی ایجاد نمی‌کند. پرداخت غرامت و میزان آن منوط به بررسی و کارشناسی مدارک خسارتی ارسالی خواهد بود .

تایید نماینده/شعبه

اینجانب ..... کد ..... ضمن احراز هویت ذینفعان فوق و ارائه اطلاعات و توضیحات کافی درخصوص نحوه پرداخت مستمری و تقسیم مبلغ بین وراث متوفی به نسبت درج شده در فرم ذینفع/گواهی انحصار وراثت، میزان هر واریزی مستمری را در سال اول به مبلغ ..... ریال به صورت ☐ ماهانه ☐ سه ماهه ☐ شش ماهه ☐ سالانه تائید می‌نمایم.

نام و نام‌خانوادگی کارشناس صدور: | **نام و نام‌خانوادگی نماینده/کارگزار:**

تاریخ، مهر و امضا: | **تاریخ، مهر و امضا:**

آدرس: تهران- بلوار میرداماد- بین مصدق شمالی و مدرس- پلاک ۲۳۹ - کد پستی:۱۹۱۸۹۵۵۳۱۱
تلفن: ۱۶۷۱ نمابر: ۰۲۱-۲۲۹۰۰۵۱۶