بیمه دی
day insurance

فــرم اعلام خســارت بیمــه‌نامــه عمــر انفــرادی

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

شماره بیمه‌نامه: **نوع محصول:** **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:

نوع بیمه‌نامه: مدت بیمه‌نامه: ..... سال وضعیت بیمه‌نامه در تاریخ حادثه: ☐جاری ☐تعلیق ☐ابطال شده

تاریخ شروع بیمه‌نامه: تاریخ انقضاء بیمه‌نامه:

روش پرداخت حق‌بیمه: ☐ یکجا ☐ سالانه ☐ شش ماهه ☐ سه ماهه ☐ ماهانه

نوع خسارت

☐ فوت به هر علت ☐ فوت به علت حادثه ☐ نقص عضو و ازکارافتادگی ناشی از حادثه ☐ هزینه پزشکی ناشی از حادثه ☐ امراض خاص

☐ معافیت از پرداخت حق‌بیمه در صورت از کارافتادگی دائم و کامل(بیمه گذار/بیمه شده) ☐ معافیت از پرداخت حق‌بیمه در صورت فوت (بیمه‌گذار/بیمه‌شده)

شرح خسارت

شرح خسارت:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

نام و نام‌خانوادگی بیمه‌گذار/ذینفع

تاریخ ، امضا

مشخصات شماره حساب بیمه‌گذار/ذینفع

اینجانب .....، کدملی .....، فرزند .....، شناسنامه شماره .....، صادره از .....، نشانی ..... اعلام می‌دارم در خصوص ارائه هرگونه اطلاعات و مدارک مورد نیاز و درخواستی شرکت بیمه‌دی برای تشکیل و بررسی پرونده خسارت همکاری لازم را به عمل خواهم آورد. همچنین تائید می‌نمایم مبلغ تعیین شده بابت خسارت در تعهد شرکت بیمه‌دی از محل اعلام خسارت فوق، مورد تائید اینجانب بوده و پس از واریز مبلغ غرامت به شماره شبای اعلامی، هیچ گونه ادعای دیگری نسبت به شرکت بیمه دی بابت پرونده فوق نخواهم داشت.

خواهشمند است مبلغ قابل پرداخت به **شماره حساب بانکی** ..... نزد بانک ..... شعبه ..... کد شعبه ..... به نام اینجانب ..... واریز گردد.

شماره شبا: | I | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

نام و نام‌خانوادگی بیمه‌گذار/ذینفع

تاریخ، امضا

تــوجه: 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

اینجانب ..... شخصاً ☐بیمه‌گذار ☐بیمه‌شده ☐ذینفع را ملاقات نموده، ضمن ارائه اطلاعات کافی و دقیق درباره شرایط درخواست و احراز هویت ایشان و نیز اخذ ☐تصویر شناسنامه ☐کارت ملی ، ☐اصل بیمه‌نامه ،☐کلیه ضمائم و ☐الحاقیه‌های صادره، صحت امضا ☐بیمه‌گذار ☐بیمه شده ☐ذینفع را تایید 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