

فرم اعلام خسارت بیمه های مسئولیت

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مشخصات بیمه نامه | نام بیمه گذار: | | | | | | | | | | | کد بیمه گذار: | | | |
| رشته بیمه ای:پرستاری | | | | | | | | | | | شماره بیمه نامه: | | | |
| آدرس و تلفن تماس بیمه گذار: | | | | | | | | | | | | | | |
| مشخصات حادثه | نوع خسارت  جانی بله | | | | علت حادثه: | | | | تاریخ حادثه | | | | | تاریخ اعلام خسارت | |
| آدرس دقیق محل حادثه: | | | | | | | | | | | | | | |
| رابطه زیاندیده:  کارکنان بیمه گذار اشخاص ثالث  شخص بیمه گذار کارکنان پیمانکار | | | | | | | | | | | | | | |
| مشخصات زیاندیدگان | ردیف | نام و نام خانوادگی | کد ملی | | | شماره شناسنامه | ملیت | | | تاریخ تولد | | | محل صدور | | نلفن |
| 1 |  | |  | |  |  | | |  | | |  | |  |
| 2 |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |
| 3 |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |
| شرح حادثه | شرح حادثه:  تاریخ: نام و مهر و امضاء | | | | | | | | | | | | | | |
|  | تاریخ و ساعت دریافت فرم اعلام خسارت ساعت تاریخ | | | | | | | | | | | | | | |
|  | واحد دریافت کننده: مجتمع / شعبه / نماینده : نام و مهر و امضاء | | | | | | | | | | | | | | |

* پس از تکمیل فرم پر شده را به یکی از شعب مرکزی البرز در مراکز استان محل فعالیت یا دفتر مرکزی شرکت بیمه پیشگامان نظام سلامت(کد5376) در محل سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران تحویل نمایید.  
  شماره های تماس دفتر مرکزی؛ 88921033 – 88935855 – 88935873 021
* ارتباط با ما در فضای مجازی 09909671037