

فرم شماره 1 (فرم اعلام خسارت)

اطلاعات بیمه نامه:	
شماره بیمه نامه:	نام و نام خانوادگی بیمه گزار:
کد ملی بیمه گزار:	تلفن همراه:
مشخصات زیان دیده (بیمه شده):	
نام و نام خانوادگی:	کد ملی:
تلفن همراه:	شغل بیمه شده:
آدرس محل سکونت:	
مشخصات حساب:	
شماره شبا حساب:	
نام بانک:	
علت ادعای خسارت (استفاده از پوشش):	
☐ فوت به هر علت	تاریخ وقوع:
☐ فوت به علت حادثه	تاریخ وقوع:
☐ هزینه پزشکی ناشی از حادثه	تاریخ وقوع:
☐ جبران درآمد روزانه ایام بستری بیمارستانی به هر علت	تاریخ وقوع:
☐ سرمایه از کارافتادگی کامل و دائم به هر علت	تاریخ وقوع:
☐ سرمایه نقص عضو (ناشی از حادثه و ناشی از بیماری) و از کارافتادگی به هر علت	تاریخ وقوع:
☐ امراض خاص 37 گانه در صورت ابتلاء به هر یک از بیماریها	تاریخ وقوع:
☐ معافیت از پرداخت حق بیمه ناشی از فوت به هر علت یا از کارافتادگی بیمه گزار	تاریخ وقوع:
☐ معافیت از پرداخت حق بیمه ناشی از فوت به هر علت یا از کارافتادگی بیمه شده	تاریخ وقوع:
☐ مستمری سالانه به علت از کارافتادگی یا ابتلاء به امراض خاص بیمه شده	تاریخ وقوع:
☐ جبران درآمد روزانه از کارافتادگی موقت	تاریخ وقوع:
شرح مختصر ادعای خسارت و انجام عمل جراحی و اعمال درمانی:	
امضاء	