

کد فرم: LIF162
تجدید نظر: 01
صفحه: ۱ از ۱

فرم اعلام خسارت بیمه نامه گروهی (عمر، حوادث و مانده بدهکار)

لطفاً در صورت وقوع هر نوع خسارت که با توجه به پوشش های بیمه نامه صادره شرکت بیمه سامان قابل جبران می باشد، نسبت به تکمیل فرم ذیل اقدام فرموده و فرم را حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از زمان بروز خسارت به شعب بیمه سامان تحویل فرمایید.
تاریخ تکمیل فرم: / /

اطلاعات بیمه نامه

اطلاعات خسارت

اطلاعات ذینفع جهت دریافت مبلغ خسارت

نام بیمه گذار:	شماره بیمه نامه:
نام بیمه شده:	کد ملی بیمه شده:
نوع بیمه نامه:	☐ عمر گروهی ☐ حوادث گروهی ☐ عمر مانده بدهکار گروهی

تاریخ وقوع خسارت:	/ /
نوع خسارت:	
علت دقیق وقوع خسارت:	

اطلاعات ذینفع

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:
شماره حساب:	نام بانک:
شماره شبا:	IR

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:
شماره حساب:	نام بانک:
شماره شبا:	IR

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:
شماره حساب:	نام بانک:
شماره شبا:	IR

دریافت کننده خسارت طبق قرارداد مشخص می شود

تاریخ:	/ /
ساعت:	:

تاریخ:	/ /
ساعت:	:

نام و امضاء بیمه گذار:

نام و امضاء ذینفع:
