

LIF158	بیمه سامان	
تجدید نظر: 00	فرم اعلام خسارت بیمه نامه های انفرادی عمر زمانی انفرادی، حوادث	
صفحه: ۱ از ۱	انفرادی و عمر مانده بدهکار انفرادی	

لطفاً در صورت وقوع هر نوع خسارت که با توجه به پوشش‌های بیمه نامه صادره شرکت بیمه سامان قابل جبران می‌باشد، نسبت به تکمیل فرم ذیل اقدام فرموده و فرم را حداکثر ظرف مدت سی روز از زمان بروز خسارت به شعب بیمه سامان تحویل فرمایید.

تاریخ تکمیل فرم:

تاریخ تکمیل فرم:

اطلاعات بیمه نامه:			
نام بیمه گذار:	شماره بیمه نامه:		
نوع بیمه نامه: ☐ عمر زمانی انفرادی	☐ حوادث انفرادی	☐ عمر مانده بدهکار انفرادی	
نام بیمه شده:	کد ملی بیمه شده:		
اطلاعات حادثه :			
نوع خسارت: ☐ فوت	☐ نقص عضو	☐ هزینه پزشکی	
تاریخ وقوع حادثه :		روز	ماه
شرح دقیق و علت وقوع حادثه :		سال	
اطلاعات ذینفع خسارت:			
✓ در صورت بروز هزینه پزشکی ذینفع بیمه نامه شخص بیمه شده می باشد.			
اطلاعات ذینفع اول:			
نام و نام خانوادگی ذینفع:	کد ملی ذینفع:	شماره تماس:	
شماره حساب ذینفع:	نام بانک صاحب حساب:		
شماره شب: IR			
اطلاعات ذینفع دوم:			
نام و نام خانوادگی ذینفع:	کد ملی ذینفع:	شماره تماس:	
شماره حساب ذینفع:	نام بانک صاحب حساب:		
شماره شب: IR			
اطلاعات ذینفع سوم:			
نام و نام خانوادگی ذینفع:	کد ملی ذینفع:	شماره تماس:	
شماره حساب ذینفع:	نام بانک صاحب حساب:		
شماره شب: IR			
(در صورتیکه تعداد ذینفعان بیش از سه نفر باشد، در برگه ای مجزا با تأیید بیمه گذار ارائه گردد)			

اعلام کننده خسارت

نام، تاریخ، امضاء