



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

شناسه مدرک: PI-2400-FR-610
شماره بازنگری: 00

فرم اعلام خسارت بیمه‌های زندگی

تکمیل کننده

نام تکمیل کننده:

نسبت تکمیل کننده خسارت با بیمه شده:

تاریخ اعلام خسارت: / /

شماره تماس:

شرح خسارت:

نام و نام خانوادگی، مهر و امضای تکمیل کننده فرم اعلام خسارت:

دریافت کننده فرم اعلام خسارت

نام بیمه گذار:

نام بیمه شده:

شماره بیمه نامه:

تاریخ صدور: / /

نوع بیمه نامه:

طرح انفرادی

طرح خانواده

بیمه نامه در زمان وقوع خسارت دارای اندوخته است؟

خیر

بلی

نوع خسارت:

فوت به هر علت

مقرری روزانه بستری

مستمری از کارافتادگی

امراض خاص

هزینه پزشکی ناشی از حادثه

علت وقوع خسارت:

فوت در اثر حادثه

معافیت از پرداخت هزینه ها

معافیت از پرداخت کل حق بیمه

سرمایه بیکاری

نقض عضو در اثر حادثه

نوع بیماری تشخیصی:

حادثه

تاریخ وقوع خسارت: / /

عضو آسیب دیده در حادثه:

بیمه شده دارای سابقه پرداخت خسارت می باشد؟

خیر

بلی

نوع سابقه خسارت:

توضیحات:

مدارک مورد نیاز جهت تشکیل پرونده خسارت ارایه شد.

بیمه شده دارای دفترچه درمانی یا سابقه بیمه‌ای خارج از شرکت بیمه پارسیان می باشد؟

خیر

بلی

نام شعبه دریافت کننده پرونده:

کد شعبه:

سایر توضیحات:

نام و نام خانوادگی، مهر و امضای دریافت کننده فرم اعلام خسارت: