

برگ اعلام حادثه بیمه‌های مسئولیت

بیمه گذار محترم :

طبق ماده 15 قانون بیمه و شرایط عمومی بیمه نامه ، خساراتی که حداکثر ظرف مدت (پنج روز) از تاریخ اطلاع بیمه گذار به بیمه گر اعلام نگردد بیمه گر مسئول جبران خسارت نخواهد بود.

لذا خواهشمند است در صورت بروز حادثه مراتب را بلافاصله پس از تکمیل این فرم همراه یک برگ تصویر بیمه نامه با مراجعه مستقیم به شرکت بیمه پاسارگاد و یا از طریق دور نگار به شماره 021-88981038 مدیریت بیمه های مسئولیت - اعلام فرمائید:

1- شماره بیمه نامه : _____ 2- نام بیمه گذار: _____

3- آدرس دقیق محل وقوع حادثه: _____

4- ساعت و تاریخ وقوع حادثه : _____

5- مشخصات زیان‌دیده / زیان‌دیده‌گان: _____

6- شرح مختصر حادثه و خسارت وارده: _____

7- آدرس دقیق و شماره تماس بیمه گذار جهت برقراری ارتباط:

8- امضاء کنندگان ذیل گواهی می نمایند که زیان‌دیده / زیان‌دیدگان فوق‌الذکر در تاریخ دچار حادثه به شرح مندرج در متن فوق گردیده اند.

نام نام خانوادگی
امضاء

نام نام خانوادگی
امضاء

نام نام خانوادگی
امضاء

9- این قسمت توسط بیمه‌گر تکمیل می‌گردد:

تاریخ و ساعت دریافت اعلام خسارت :

شماره پرونده خسارت :

نام نام خانوادگی دریافت کننده :

مهر و امضاء بیمه گذار:

تاریخ تنظیم :