

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

لطفاً در صورت وقوع هر نوع خسارت که با توجه به پوشش‌های بیمه‌نامه صادره شرکت بیمه سامان قابل جبران می‌باشد، 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: / /

نام بیمه‌گذار: ..... شماره بیمه‌نامه: .....

نام بیمه‌شده: ..... کد ملی بیمه‌شده: .....

نوع بیمه‌نامه:  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																	

دریافت‌کننده خسارت طبق قرارداد مشخص می‌شود

.....

.....

.....

.....

تاریخ: / /  
ساعت: :

تاریخ: / /  
ساعت: :

نام و امضاء بیمه‌گذار:

نام و امضاء ذینفع: