

بر طبق ماده ۱۵ قانون بیمه و شرایط عمومی، بیمه‌گذار موظف است حداکثر ظرف ۵ روز پس از اطلاع از حادثه، اعلام خسارت نماید در غیر اینصورت شرکت بیمه دی هیچ مسئولیتی را نخواهد پذیرفت.

بیمه‌گذار محترم: خواهشمند است در صورت وقوع حادثه، فرم ذیل به دقت کامل و به همراه کپی بیمه‌نامه به نزدیک‌ترین شعبه شرکت بیمه دی ارسال گردد. در صورت عدم دسترسی به شعبه، از طریق شماره فکس اعلام شده در زیرنویس ارسال نموده و از وصول آن مطمئن شوید.

اقدامات بعد از حادثه:

نام بیمه‌گذار:	نوع بیمه‌نامه:
شماره تماس:	شماره بیمه‌نامه:
نام زیان‌دیده:	نام پدر و سن زیان‌دیده:
تاریخ و ساعت دقیق حادثه:	
آدرس و یا مکان دقیق حادثه:	
شرح حادثه:	
نام کارفرمای مستقیم:	نوع فعالیت زیان‌دیده:
نحوه حمل مصدوم (آمبولانس یا خودرو شخصی):	
نام اولین مرجع درمانی مراجعه شده:	
نهادهای حاضر شده در زمان پس از حادثه:	

اینجانبان امضاء ذیل موارد فوق را تأیید نموده و مسئولیت اظهارات خلاف واقع را می‌پذیریم.

- |                        |               |             |
|------------------------|---------------|-------------|
| ۱- نام و نام خانوادگی: | امضاء و تاریخ | شماره تماس: |
| ۲- نام و نام خانوادگی: | امضاء و تاریخ | شماره تماس: |
| ۳- نام و نام خانوادگی: | امضاء و تاریخ | شماره تماس: |
| ۴- نام و نام خانوادگی: | امضاء و تاریخ | شماره تماس: |

نام و امضاء بیمه‌گذار:

نام و امضاء کارشناس شعبه:

توجه: کارشناس محترم شعبه خواهشمند است کپی ممهور به مهر این فرم را به بیمه‌گذار تحویل نماید.