

## فرم اعلام خسارت بیمه گذار بیمه نامه آتش سوزی

شماره سریال:  
کد مدرک:

متقاضی گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید.

در صورت صدور بیمه نامه، شرط اصلی اعتبار آن صحت اطلاعات مندرج در این فرم و پاسخ‌های شما است و به آن استناد خواهد شد. همچنین، تکمیل این فرم هیچ تمهیدی را برای بیمه گر ایجاد نمی‌کند. فرم پیشنهاد می‌بایست بدون هرگونه خط خوردگی، لاک گرفتگی، خراشیدگی، دوباره نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

لطفا اطلاعات درخواستی ذیل را با دقت تکمیل فرمائید:

نام و نام خانوادگی / شرکت: \_\_\_\_\_  
شماره بیمه نامه آتش سوزی: \_\_\_\_\_  
نشانی محل حادثه: \_\_\_\_\_  
کاربری محل حادثه: \_\_\_\_\_  
تاریخ بروز حادثه: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ساعت بروز حادثه: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
زمان اطلاع شما از حادثه: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
تاریخ اطلاع شما از حادثه: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
نحوه اطلاع شما از حادثه را شرح دهید: \_\_\_\_\_

نوع خسارت: \_\_\_\_\_  
 حریق  
 انفجار  
 سبب برف  
 سنگینی برف  
 سایر موارد: \_\_\_\_\_  
 صاعقه  
 طوفان  
 سیل  
 زلزله  
 ضایعات برف و باران  
 سرقت  
 علت و نحوه بروز حادثه را شرح دهید: \_\_\_\_\_  
 نحوه اطفاء حریق را شرح دهید: \_\_\_\_\_

آیا مورد بیمه غیر از شرکت بیمه دی نزد شرکت دیگری تحت پوشش قرار دارد؟  خیر  بلی  
 نام شرکت را ذکر فرمائید: \_\_\_\_\_  
 آیا مورد بیمه در رهن افراد، بانک یا سایر موسسات می‌باشد؟  خیر  بلی  
 نام مرتبه را ذکر فرمائید: \_\_\_\_\_  
 خسارت وارده شامل چه قسمت‌هایی از اموال بیمه شده می‌باشد: \_\_\_\_\_

میزان تقریبی خسارت وارد شده چقدر است؟ (ارقام به ریال نوشته شود)				
ساختمان:	ماشین آلات:	محصول:	تاسیسات:	اثاثیه:
	مواد اولیه:	ابزار آلات:		
	مواد در جریان ساخت:	همسایگان مجاور:		

آیا غیر از خسارت فعلی در محل بیمه قبلاً خسارت دیگری اتفاق افتاده است؟  خیر  بلی  
 لطفا توضیح دهید: \_\_\_\_\_  
 آیا در ارتباط با حادثه به آتش نشانی و مقامات انتظامی اطلاع داده شده است؟  خیر  بلی  
 علت عدم اطلاع رسانی چه بوده است؟ \_\_\_\_\_

اینجانب \_\_\_\_\_ (بیمه گذار / بیمه شده / به نمایندگی از بیمه گذار) در تاریخ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ساعت \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ در محل شرکت بیمه دی حضور پیدا کرده و ضمن اعلام خسارت وارده به اموال مورد بیمه و تقاضای رسیدگی به خسارت وارده از سوی ارزیابان منتخب آن شرکت، صحت کلیه اظهارات خویش را با مهر / امضاء ذیل این برگه تأیید می‌نمایم.  
 شماره تماس ثابت: \_\_\_\_\_ شماره تماس همراه: \_\_\_\_\_  
 مهر / امضاء: \_\_\_\_\_

اینجانب \_\_\_\_\_ کارشناس / معاون / رئیس شعبه \_\_\_\_\_ وصول اعلام خسارت بیمه گذار را در تاریخ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ تأیید مینمایم.  
 مهر / امضاء: \_\_\_\_\_