

LAF101

تجدید نظر: 00

صفحه: ۱ از ۱

بیمه سامان

فرم اعلام خسارت پزشکان و پیراپزشکان بیمه مسئولیت



بیمه گذار محترم، لطفاً در صورت وقوع هر نوع خسارت که با توجه به پوشش‌های بیمه نامه مسئولیت صادره شرکت بیمه سامان قابل جبران می‌باشد، نسبت به تکمیل فرم ذیل اقدام فرموده و فرم را ظرف مدت تعیین شده در "شرایط عمومی بیمه نامه مسئولیت مدنی (LAC003)" به شعبه مربوطه تحویل فرمایید.

بیمه گذار: شماره تماس: تاریخ تکمیل فرم (اجباری):

شماره بیمه نامه: تاریخ شروع بیمه نامه: تاریخ انقضاء بیمه نامه:

مشخصات زیان دیده

نام و نام خانوادگی: شماره ملی/کد اتباع خارجی: شماره تماس:

شماره حساب/شماره شبا: نام بانک:

شرح حادثه

شرح دقیق و علت وقوع حادثه:

زمان عمل منجر به آسیب پزشکی: ساعت: تاریخ:

نام مرکز درمانی:

عضو آسیب دیده:

نوع آسیب پزشکی وارده:

امضاء بیمه گذار (تاریخ و مهر)

LAF101

تجدید نظر: 00

صفحه: ۱ از ۲

بیمه سامان

فرم اعلام خسارت پزشکان و پیراپزشکان بیمه مسؤلیت

