



آدرس دفتر مرکزی : تهران اتوبان حقانی پلاک ۵۳

شرکت بیمه معلم

شماره تماس : ۸۸۷۹۵۰۵۲

شماره فکس : ۸۸۷۸۱۲۴۵

### فرم اعلام خسارت بیمه های مسئولیت

بیمه گذار محترم خواهشمند است در صورت بروز حادثه مراتب را به انضمام تصویر بیمه نامه و کارت ملی زیان دیده با مراجعه حضوری به شعب سراسر کشور نسبت به ثبت اعلام خسارت و دریافت شماره پرونده اقدام فرمائید

**توجه: طبق قانون بیمه و شرایط عمومی بیمه نامه های مسئولیت بیمه گذار موظف است از تاریخ وقوع حادثه حداکثر ظرف ۵ روز کاری به یکی از شعب بیمه معلم در سراسر کشور مراجعه و با تکمیل این فرم و دریافت شماره پرونده خسارت وقوع حادثه و یا هرگونه ادعای مطروحه را به بیمه گر اعلام فرماید**

نام بیمه گذار:		شماره بیمه نامه: / / /	
آدرس دقیق محل حادثه:			
نام خانوادگی زیان دیده:		کد ملی	
تلفن بیمه گذار:		تلفن زیان دیده:	
رابطه زیان دیده با بیمه گذار:			
<input type="checkbox"/> کارگر بیمه گذار <input type="checkbox"/> کارگر پیمانکار <input type="checkbox"/> شخص پیمانکار <input type="checkbox"/> افراد ثالث <input type="checkbox"/> غیره			
تاریخ حادثه: ساعت		روز	ماه سال
نام اولین مرکز درمانی مراجعه شده:		نوع خسارت: <input type="checkbox"/> مالی <input type="checkbox"/> جانی	
<b>شرح حادثه :</b>			
<p>امضاء و مهر بیمه گذار</p>			

#### این قسمت توسط بیمه گر تکمیل میگردد:

نام کارشناس پذیرش خسارت شعبه	تاریخ و ساعت اعلام خسارت
مهر اسم و امضاء کارشناس	ساعت / تاریخ /
	شماره پرونده خسارت