

فرم اعلام خسارت بیمه های آتش سوزی شرکت بیمه رازی

بیمه گذار محترم ، لطفا اطلاعات درخواستی ذیل را با دقت تکمیل فرمایید :

نام و نام خانوادگی بیمه گذار: شماره بیمه نامه آتش سوزی:

تاریخ شروع بیمه نامه : تاریخ پایان بیمه نامه:

نشانی کامل محل وقوع حادثه :

کاربری محل حادثه :

تاریخ بروز حادثه :/...../۱۳..... ساعت بروز حادثه :

زمان اطلاع شما از وقوع خسارت : : تاریخ / / نحوه اطلاع شما از وقوع حادثه :

نوع خسارت : حریق . انفجار . صاعقه . سیل . طوفان . ترکیدگی لوله آب . ضایعات برف و باران . زلزله . سایر

علت و نحوه بروز حادثه را شرح دهید :

.....

.....

نحوه اطفای حریق یا جلوگیری از توسعه خسارت را توضیح دهید:

.....

در زمان بروز حادثه شما در چه محلی حضور داشته اید؟

آیا مورد بیمه غیر از شرکت بیمه رازی نزد شرکت دیگری تحت پوشش بیمه قرارداد؟ خیر بلی ذکر فرمایید:

آیا مورد بیمه در رهن افراد، بانک یا سایر موسسات می باشد؟ لطفا ذکر فرمایید :

خسارت وارده شامل چه قسمت هایی از ساختمان یا اموال بیمه شده می گردد؟

.....

میزان تقریبی خسارت وارده چقدر است؟ ارقام را به ریال ذکر فرمایید :

ساختمان :	تاسیسات :	کالاها :
اثاثه :	ابزار آلات :	ماشین آلات :
مواد اولیه :	لوازم بسته بندی :	همسایگان مجاور :

در صورتی که احتمال می دهید شخص یا اشخاصی در ایجاد حادثه مقصر باشند ذکر فرمایید:

غیر از خسارت فعلی آیا در محل مورد بیمه قبلا خسارت دیگری اتفاق افتاده است؟ توضیح دهید :

آیا غیر از مورد بیمه آسیب دیده سایر اموال شما نزد شرکت بیمه رازی تحت پوشش قرار دارند؟ لطفا ذکر فرمایید :

در صورتیکه فرد یا افرادی در این حادثه صدمه جانی دیده اند لطفا نسبت آنها باشما و میزان صدمات وارده را ذکر فرمایید :

.....

آیا در ارتباط با حادثه و خسارت وارده گزارش آتش نشانی موجود می باشد؟ در صورتیکه جواب منفی است علت آن را ذکر فرمایید :

.....

آیا در ارتباط با حادثه و خسارت وارده گزارش مقامات انتظامی موجود می باشد؟

اینجانب (بیمه گذار / به نمایندگی از بیمه گذار) در تاریخ/...../..... ساعت در محل شرکت

بیمه رازی حضور پیدا کرده و ضمن اعلام خسارت وارده به اموال مورد بیمه و تقاضای رسیدگی به خسارت وارده از سوی کارشناسان منتخب آن شرکت،

صحت اظهارات خویش را با مهر و امضاء ذیل این برگه تایید می نمایم.

شماره تماس (ثابت/همراه) :

مهرو امضاء بیمه گذار :

اینجانب مسئول اداره خسارت شعبه وصول اعلام خسارت بیمه گذار را در تاریخ فوق تایید می نمایم .

امضاء مسئول اداره خسارت :