

فرم اعلام خسارت پوشش‌های تکمیلی

بیمه تبسم/طراوت باران



بیمه‌زندگی باران

شماره مدرک: F-TA-098-01

مشخصات بیمه شده	۱- نوع بیمه‌نامه: تبسم <input type="checkbox"/> طراوت <input type="checkbox"/>		
	۲- نام و نام خانوادگی بیمه‌شده:	۳- شماره بیمه‌نامه:	
	۴- تاریخ صدور بیمه‌نامه:	۵- نوع خسارت:	
	۶- تاریخ وقوع خسارت:	۷- سابقه بستری در بیمارستان دارد؟ ۱- خیر <input type="checkbox"/> ۲- بلی <input type="checkbox"/> اگر بلی مدارک ضمیمه شود.	
	۸- علت خسارت و شرح کامل آن:		
	۹- سابقه بیماری‌های مهم نظیر دیابت، بیماری قلبی، سرطان و بیماری‌های دیگر: خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> اگر بلی ذکر شود:	۱۰- سابقه‌ی شرایط مخاطره‌آمیز سلامت نظیر چربی خون بالا، سابقه بیماری در خانواده، استعمال سیگار، مصرف الکل و یا مواد اعتیادآور خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> اگر بلی ذکر شود:	
	۱۱- تاریخ شروع بیماری:	۱۲- شرح مختصر مراجعات پزشکی و درمانی:	
	۱۳- شرح مختصر انجام اعمال جراحی و یا اعمال درمانی دیگر:		
	۱۴- شماره شبا/حساب بیمه‌شده:	امضا بیمه‌شده	
	نام بانک:	تاریخ درخواست:	
	عاهلیت فروشی	مدیریت محترم بیمه‌های زندگی با سلام، بیمه شده با مشخصات ذکر شده مورد تایید می‌باشد.	
		تاریخ و امضا	
	پزشک معتمد	مدیریت محترم بیمه‌های زندگی با سلام، با توجه به اعلام خسارت و بررسی مستندات آن با درخواست ایشان: موافقت می‌شود <input type="checkbox"/> موافقت نمی‌شود <input type="checkbox"/>	
		توضیحات: تاریخ و امضا	
مدیریت بیمه‌های زندگی	مدیریت محترم امور مالی با سلام، با توجه به نظر پزشک معتمد با پرداخت ..... ریال خسارت به نامبرده موافقت می‌گردد.		
	تاریخ و امضا		