

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

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

نشانی کامل محل وقوع حادثه: .....

کاربری محل حادثه: .....

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

زمان اطلاع شما از وقوع خسارت: ..... : ..... تاریخ: ..... / ..... / .....

نحوه اطلاع شما از وقوع حادثه: .....

نوع خسارت:  حریق  انفجار  صاعقه  سیل  ضایعات ناشی از برف و باران

ترکیدگی لوله آب  طوفان  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 نوین نزد شرکت دیگری تحت پوشش بیمه قرارداد دارد؟  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 به ریال نوشته شود)

|          |                     |                 |
|----------|---------------------|-----------------|
| ساختمان: | ماشین آلات:         | محصول:          |
| تاسیسات: | مواد اولیه:         | ابزار آلات:     |
| اثاثیه:  | مواد در جریان ساخت: | همسایگان مجاور: |

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

آیا بیمه گذار بیمه نامه دیگری در شرکت بیمه نوین دارد؟  خیر  بلی  در صورت پاسخ بلی، نام بیمه نامه 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؟  خیر  بلی

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

در محل شرکت بیمه نوین 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: .....

شماره تماس همراه: .....

مهر یا امضاء بیمه گذار

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

می نمایم.

امضاء مسئول اداره خسارت