

رییس محترم شعبه آبادان
رییس محترم شعبه آمل
رییس محترم شعبه اراک
رییس محترم شعبه اردبیل
رییس محترم شعبه ارومیه
رییس محترم شعبه اکیانان
رییس محترم شعبه اهواز
رییس محترم شعبه امیرکبیر
رییس محترم شعبه ایلام
رییس محترم شعبه بجنورد
رییس محترم شعبه بندرانزلی
رییس محترم شعبه بندر امام
رییس محترم شعبه بندرعباس
رییس محترم شعبه بوشهر
رییس محترم شعبه بهارستان
رییس محترم شعبه بیرجند
رییس محترم شعبه بروجرد
رییس محترم شعبه تبریز
رییس محترم شعبه تنگابن
رییس محترم شعبه چابهار
رییس محترم شعبه خرم آباد
رییس محترم شعبه دماوند
رییس محترم شعبه رشت
رییس محترم شعبه زاهدان
رییس محترم شعبه زنجان
رییس محترم شعبه ساری

رئیس محترم شعبه سبزوار

رئیس محترم شعبه سمنان

رئیس محترم شعبه سنندج

رئیس محترم شعبه شاهرود

رئیس محترم شعبه شریعتی

رئیس محترم شعبه شهرکرد

رئیس محترم شعبه عسلویه

رئیس محترم شعبه فلسطین

رئیس محترم شعبه قم

رئیس محترم شعبه قزوین

رئیس محترم شعبه کاشان

رئیس محترم شعبه کرج

رئیس محترم شعبه کرمان

رئیس محترم شعبه کرمانشاه

رئیس محترم شعبه گرگان

رئیس محترم مجتمع خدمات بیمه ای رضوی

رئیس محترم مجتمع خدمات بیمه ای کریمخان زند

رئیس محترم مجتمع خدمات بیمه ای شیراز

رئیس محترم شعبه نمونه

رئیس محترم شعبه نوشهر

رئیس محترم شعبه ونک

رئیس محترم شعبه هشت بهشت

رئیس محترم شعبه همدان

رئیس محترم شعبه یاسوج

رئیس محترم شعبه یزد

موضوع: اعلام خسارت بیمه های رشته مسئولیت

با سلام، با توجه به نامه شماره ۱۹۸۶۰ مورخ ۱۳۹۷/۰۲/۱۱ مدیر محترم بیمه های مسئولیت، به پیوست فرم شماره ۰۰/۸۶۲ (فرم اعلام خسارت بیمه های مسئولیت) ارسال می شود. مقتضی است به نحو شایسته ای به

نمایندگان تحت سرپرستی اعلام شود فرم یاد شده به صورت دقیق توسط نمایندگان تکمیل و در پرونده های خسارت درج شود.

خلیلد جوانی
مدیر امور نمایندگان
از طرف شاهپور برز

رونوشت:

جناب آقای رهنما رئیس محترم هیات مدیره انجمن صنفی کارفرمایی شرکت های نمایندگی و خدمات بیمه ای برای اطلاع و ابلاغ به نمایندگان.
جناب آقای شفاف رئیس محترم هیات مدیره کانون سراسری انجمن های صنفی کارفرمایی نمایندگان بیمه البرز برای اطلاع و ابلاغ به نمایندگان.
جناب آقای بهروز رئیس محترم هیات مدیره انجمن صنفی نمایندگان بیمه البرز برای اطلاع و ابلاغ به نمایندگان.

انجمن صنفی نمایندگان بیمه البرز
شماره وارده: ۲۷ تاریخ: ۱۳۹۷/۰۲/۲۳
صاحب نامه: شاهپور برز
شماره نامه: ۱۸۰۰۰۰۰۰ تاریخ: ۱۳۹۷/۰۲/۲۳



بیمه البرز

فرم اعلام خسارت بیمه های مسئولیت

نام بیمه گذار:		کد بیمه گذار:													
رشته بیمه ای:		شماره بیمه نامه:													
آدرس و تلفن تماس بیمه گذار:															
نوع خسارت:		علت حادثه:													
<input type="checkbox"/> جانی <input type="checkbox"/> مالی		تاریخ حادثه: / /													
آدرس دقیق محل حادثه:		تاریخ اعلام خسارت: / /													
رابطه زیان دیده: <input type="checkbox"/> کارکنان بیمه گذار <input type="checkbox"/> اشخاص ثالث <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> شخص بیمه گذار <input type="checkbox"/> کارکنان پیمانکاران															
ردیف		نام و نام خانوادگی		کد ملی		شماره شناسنامه		ملیت		تاریخ تولد		محل صدور		تلفن	
۱															
۲															
۳															
شرح حادثه															
نام و مهر و امضاء		تاریخ: / /													
تاریخ و ساعت دریافت فرم اعلام خسارت: ساعت: : تاریخ: / /		نام و مهر و امضاء													
واحد دریافت کننده: مجتمع / شعبه / نماینده:		نام و مهر و امضاء													

مجتمع / شعبه / نماینده

مجتمع / شعبه

شماره فرم: ۰۰/۸۶۲