

فرم اعلام خسارت بیمه های مسئولیت حرفه پزشکان و پیراپزشکان  
اداره خسارت بیمه های مسئولیت

شماره :  
تاریخ :

نام بیمه گذار:		شماره و نوع بیمه نامه :
تاریخ مراجعه به پزشک :		بیماری :
نام بیمار :		نوع درمان / عمل جراحی:
نشانی محل درمان / عمل جراحی:		تلفن :
نشانی محل فعالیت بیمه گذار:		تلفن :
شرح و علت شکوائیه بیمار :		
تاریخ و شماره اولین حضریه از طرف مراجع قانونی فیضلاح :		مهر و امضاء بیمه گذار:

یاد آوری مهم : بیمه گذار مکلف است به محض اطلاع از هرگونه ادعای خسارت مراتب را از طریق واحد صادرکننده بیمه نامه به اطلاع بیمه گر رسانده و متعاقباً فرم حاضر را تکمیل و جدداً کثیر طرف مدت پنج روز کاری به واحد خسارت بیمه های مسئولیت ارسال دارد. بدیهی است بیمه گر در قبال خساراتی که طرف مهلت مقرر در بیمه نامه به اطلاع وی رسانده نشده است تعهدی نخواهد داشت.