



درخواست خروج بیمه نامه شخص ثالث / بدنه از لیست سیاه جهت پذیرش خسارت

تاریخ :

اداره محترم خدمات مکانیزه مدیریت بیمه های اتومبیل

احتراماً ، به اطلاع می رساند از محل بیمه نامه شخص ثالث ☐ بدنه ☐ به شماره مربوط به
 وسیله نقلیه به شماره انتظامی توسط آقای / خانم بیمه گذار ☐ مالک ☐ راننده ☐
 سایر ☐ در تاریخ به شرح جدول ذیل دچار حادثه گردیده و در این اداره اعلام خسارت شده است .

نوع بیمه	راننده / وسیله نقلیه مذکور	کروکی	رونوشت المثنی	اصل بیمه نامه / برش خسارت
ثالث	مقصر حادثه ☐	دارد ☐	ندارد ☐	دارد ☐
	زیان دیده حادثه ☐	دارد ☐	ندارد ☐	شماره برش اعلام خسارت : شماره برشهای باقیمانده :
بدنه	مقصر حادثه ☐	دارد ☐	ندارد ☐	دارد ☐
	زیان دیده حادثه ☐	دارد ☐	ندارد ☐	ندارد ☐

لذا با توجه به اصالت حادثه از نظر این واحد خسارت خواهشمند است بیمه نامه مذکور را از لیست سیاه خارج فرمائید .

توجه :

- جهت رسیدگی به خسارت زیان دیده و ارسال درخواست خروج بیمه نامه از لیست سیاه / مفقودی ، حضور بیمه گذار / راننده / لوازمی و در صورت مشاهده اصل بیمه نامه و یا برش خسارت می بایست اصل رونوشت بیمه نامه عودت و فرم پایش بیمه نامه (فرم ذیل) تکمیل گردد .
- رویت اصل اوراق شناسائی وسیله نقلیه و دارنده بیمه نامه جهت تطبیق با مشخصات بیمه نامه و احراز نفعیت دارنده بیمه نامه الزامی است .
- در صورت عدم ارائه برش خسارت بیمه نامه شخص ثالث طبق رویه جاری نسبت به صدور الحاقیه اقدام شود .
- پس از تکمیل کلیه مندرجات فرم به شماره نمابر ۰۲۱-۸۸۹۱۳۴۰۲ جهت اداره خدمات مکانیزه ارسال گردد .

توضیحات :

اقدام کننده : کد و تلفن تماس : نام واحد پرداخت خسارت : مهر و امضاء مقام مسئول :

شماره فاکس

شرکت سهامی بیمه آسیا

تاریخ :

احتراماً ، به اطلاع می رساند بیمه نامه بدنه ☐ شخص ثالث و کوپنهای ☐ به شماره مربوط به
 وسیله نقلیه اینجانب بیمه گذار ☐ مالک ☐ راننده ☐ سایر ☐ به
 شماره انتظامی جدید ☐ قبلی ☐ پیدا شده است لذا خواهشمند است اقدام مقتضی معمول فرمائید .
 آدرس کامل : کد پستی : امضاء :
 کد ملی : تلفن ثابت : تلفن همراه :

این قسمت توسط دارنده بیمه نامه تکمیل شود

واحد محترم خسارت

تاریخ خروج از لیست سیاه :

احتراماً ، بنابر اظهارات فوق به اطلاع میرساند بیمه نامه مذکور بصورت دائم ☐ / موقت تا تاریخ ☐ از لیست سیاه خارج می گردد ضمناً
 وضعیت اعلام خسارتهای قبلی بیمه نامه بشرح ذیل می باشد .

تاریخ شماره پرونده واحد پرداخت خسارت

اداره خدمات مکانیزه

مهر و امضاء :

اقدام کننده :