



فرم محاسبه خسارت (هزینه پزشکی)

شماره سند: FM-LI-14/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

شماره پرونده	شماره پرونده خسارت: نام و نام خانوادگی زیان‌دیده:
مشخصات بیمه و بیمه گذار نام بیمه	شماره بیمه نامه: نوع بیمه نامه: سرمایه بیمه در هر حادثه جهت جبران هزینه های پزشکی برابر است با:ریال نام بیمه گذار:.....
مشخصات خسارت پرونده	تاریخ وقوع حادثه:/...../۱۳۹۶ میزان آسیب دیدگی: هزینه پزشکی فرانشیز بیمه نامه: ۱۰٪ درصد هر خسارت حداقلریال. پوشش بیمه ای پرداخت هزینه های پزشکی بدون اعمال تعرفه: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
اعلام نظر پزشک معتمد	
محاسبه خسارت	مبلغ خسارت (به ریال): فرانشیز: هزینه کارشناسی: خسارت قابل پرداخت: (به عدد) ریال. (به حروف) ریال.

مهر و امضاء مدیر:

مهر و امضاء معاون مدیر:

نام و امضاء کارشناس محاسب: