



فرم صدور مجوز ثبت حواله خسارت پاراکلینکی
جهت بیمه نامه با بدهی معوق

شماره سند: FM-MD-02/01
 تاریخ: / /
 پیوست:
 صفحه: ۱ از ۱

مشخصات بیمه گذار

نام و نام خانوادگی / نام شرکت: واحد معرف:
 کدملی / شناسه ملی: شماره تماس همراه:

مجوز درخواستی

واحد دریافت کننده مجوز: کد رایانه بیمه نامه: رشته:

مدت بیمه نامه: تاریخ شروع بیمه نامه تاریخ انقضاء بیمه نامه

میزان حق بیمه صادره: میزان حق بیمه وصولی:

میزان حق بیمه سر رسید شده: میزان بدهی معوق:

خسارت پرداخت شده: خسارت قابل پرداخت:

خسارت معوق رسیدگی نشده: نسبت خسارت براساس حق بیمه صادره:

مهر و امضاء درخواست کننده

توسط واحد درخواست دهنده تکمیل گردد

رئیس شعبه	مدیر بیمه های درمان	معاون فروش و توسعه بازار	تایید اقدام کننده
امضاء و تاریخ	امضاء و تاریخ	امضاء و تاریخ	امضاء و تاریخ