



## فرم بازدید کارشناسی

شماره سند: FM-CI-2035/01

تاریخ: / /

پیوست: .....

صفحه: ۱ از ۱

(بسمه تعالی)

بدین وسیله خسارت (ثالث / بدنه) به شماره بیمه نامه ..... و به کد

رهگیری..... در تاریخ...../...../..... در محل..... توسط.....

اینجانب بازدید، ارزیابی و عکسبرداری گردید، موارد خسارت مورد تایید (می باشد / نمی باشد).

نام و نام خانوادگی:

تاریخ / امضا / مهر کارشناس:

در صورت عدم تایید دلایل را در قسمت زیر شرح دهید: