



فرم درخواست حق الزحمه و هزینه کارشناسی

شماره سند: FM-LI-65/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

مشخصات کارشناس

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	تاریخ بازدید:/...../.....
<input type="checkbox"/> کارشناس رسمی دادگستری <input type="checkbox"/> کارشناس نظام مهندسی <input type="checkbox"/> کارشناس ارزیاب بیمه مرکزی <input type="checkbox"/> کارشناس حوادث ناشی از کار <input type="checkbox"/> پزشک قانونی <input type="checkbox"/> پزشک معتمد	شماره قرارداد کارشناسی:	شماره حساب:
نشانی محل بازدید:	شماره حکم ماموریت:	نزد بانک:

شرح کار انجام شده

۱	رشته بیمه ای	۵	تعداد جلسات (بیمه گذار/زیان دیده)
۲	سرمایه مورد بیمه	۶	مدت انجام بازدید
۳	خسارت مورد ادعا	۷	ایام بازدید (تعداد و روز)
۴	خسارت کارشناسی شده	۸	مدت بررسی پرونده (نفرساعت)

شرح هزینه و حق الزحمه

۱	حق الزحمه کارشناسی	۳	هزینه اقامت
۲	هزینه ایاب و ذهاب	۴	هزینه خوراک
۵	جمع کل		

توضیحات

--

مهر و امضای کارشناس

نظر مدیریت بیمه های مسئولیت و مهندسی

نظر معاون فنی

--	--	--