



فرم اختصاص کد کارشناسی ویژه نمایندگان

شماره سند: FM-CR-۱۱۱۰/۰۱

تاریخ: / /

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

نام و نام خانوادگی:		کد ملی:
شماره شناسنامه:	صادره:	متولد:
کد نمایندگی:	شعبه تحت سرپرستی:	
تاریخ فعالیت:		
آدرس و تلفن محل نمایندگی:		
تلفن همراه:		
پر تفوی بیمه های بدنه نمایندگی:		
ضریب خسارت بیمه بدنه:		
آیا قبلاً دارای کد کارشناسی بازدید اولیه بوده اید: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
در صورتیکه قبلاً کارشناسی بازدید اولیه انجام داده اید:		
کد کارشناسی:		
سقف بازدید:		
تأیید کننده	پیشنهاد دهنده	درخواست کننده
مدیر بیمه های اتومبیل نام و نام خانوادگی / امضاء	مدیر شعبه نام و نام خانوادگی / امضاء	نماینده نام و نام خانوادگی / امضاء