



فرم محاسبه ديه فوت

شماره سند: FM-CR-2229/01

تاریخ: / /

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

شماره پرونده: شعبه:

نام و نام خانوادگی متوفی: سن: سال محل استقرار:

تاریخ محاسبه: / / تاریخ صدور رای: / / تاریخ قطعیت رای: / / تعداد ورثه:
فوت در ماه: (صدمه در ماه:) سقف تعهدات بیمه نامه:

میزان ديه فوت در سال به میزان ریال

شرح کسورات	میزان ديه پس از کسر	توضیحات
درصد تقصیر		
قاعده نسبی		
سقف تعهدات بیمه نامه		
سایر		

جمع کل ديه قابل پرداخت: ریال

ردیف	نام وارث	نسبت با متوفی	مبلغ هر سهم بر اساس ديه ریال

توضیحات:

نام و امضاء مسئول ستاد

نام و امضاء مسئول شعبه

نام و امضاء کارشناس شعبه