



این قسمت توسط بیمه گر تکمیل می گردد (اقلام به ریال)			این قسمت توسط بیمه گذار تکمیل میگردد.						
مبلغ قابل پرداخت	کسورات		مبلغ	عنوان هزینه	تاریخ انجام هزینه	نسبت با بیمه شده اصلی	نام بیمه شده اصلی	نام بیمه شده	ردیف
	فرانشیز	تطبیقی							
									1
									2
									3
									4
									5
									6
									7
									8
									9
									10
									11
									12
									13
									14
									15
									۱۶
امضاء کارشناس:			امضاء مسئول:		امضای بیمه شده:		ملاحظات:		