



مدیریت بیمه های مسئولیت
(فرم درخواست مجوز تقسیط حق بیمه)

از مدیریت بیمه های مسئولیت درخواست می گردد با توجه به شرایط تقسیط حق بیمه بر اساس مندرجات به شرح ذیل ، دستور مقتضی صادر نمایند.

نام شعبه / نمایندگی):	کد صدور :	مشخصات درخواست کننده
نام بیمه گذار: (□ حقیقی / □ حقوقی):	کد بیمه گذار :	مشخصات بیمه گذار
شماره بیمه نامه:	کد رایانه بیمه نامه :	مشخصات بیمه نامه
تاریخ شروع:	تاریخ انقضاء:	
مدت زمان بدهکار به صورت: □ ۱۰ روز □ ۲۰ روز □ ۳۰ روز □ روز	بخش نقدی قابل پرداخت : درصد، مبلغ نقدی حق بیمه قابل پرداخت :	نحوه تقسیط
۱. تاریخ قسط اول: مبلغ ریال		وضعیت اقساط
۲. تاریخ قسط دوم: مبلغ ریال		
۳. تاریخ قسط سوم: مبلغ ریال		
۴. تاریخ قسط چهارم: مبلغ ریال		
۵. تاریخ قسط پنجم: مبلغ ریال		
۶. تاریخ قسط ششم: مبلغ ریال		
۷. تاریخ قسط هفتم: مبلغ ریال		
۸. تاریخ قسط هشتم: مبلغ ریال		
۹. تاریخ قسط نهم: مبلغ ریال		
۱۰. تاریخ قسط دهم: مبلغ ریال		

مهر و امضاء شعبه / نمایندگی :
تاریخ:

در صورت درخواست پرداخت تعهدی حق بیمه، قسمت ذیل الزاماً میبایست توسط نمایندگی مربوطه تکمیل گردد

اینجانب نمایندگی / شرکت خدمات بیمه ای کد با توجه به تعهد پرداخت اقساط بیمه نامه فوق الذکر متعهد می گردم در صورت عدم پرداخت هر یک از اقساط در موعدهای مقرر ، نسبت به تسویه آن حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ سر رسید قسط مورد نظر اقدام نمایم.

مهر و امضاء نمایندگی :
تاریخ: