

فرم تحویل مدارک درمانی بیمه شدگان محترم

مشخصات بیمه شده اصلی:

قرارداد: الف / ب

نام و نام خانوادگی	شماره پرسنلی	کد ملی	تلفن همراه
شماره شبا بانکی:			

مشخصات بیمار:

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نسبت	نوع هزینه	مبلغ هزینه	تاریخ انجام هزینه

امضای کارشناس بیمه

امضای بیمه شده و تاریخ تحویل هزینه

شرکت خدمات بیمه ای اسطوره بدینوسیله تایید و گواهی می نماید بیمه شده فوق در تاریخ/...../..... تعداد برگ هزینه درمانی را تحویل نماینده این شرکت نموده است.