



فرم اعلام خسارت هزینه های درمانی



محرمانه

بیمار خاص

قابل توجه بیمه شدگان محترم درج نام واحد در هر سه فرم الزامی می باشد.

نام واحد: دانشگاه تهران

شاغل:
بازنشسته:

از تاریخ 1400/08/01 الی 1401/07/30

طرح 1

قرارداد 1400-1401

نام بیمه شده اصلی:

کد ملی بیمه شده اصلی:

شماره تماس:

طرح 2

ردیف

نام بیمار

کد ملی بیمار

نسبت

نوع هزینه

تاریخ هزینه

مبلغ پرداختی

مبلغ تایید شده

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

تاریخ تحویل پرونده به واحد بیمه ایران:

تاریخ کارشناسی:

کاربر تحویل گیرنده:

تاریخ حواله: