

فرم اعلام خسارت درمان تکمیلی قرارداد ۱۴۰۳-۱۴۰۴

شرکت بیمه سامان

	شماره تماس همراه:		کد ملی بیمه شده اصلی:
	شماره تماس مستقیم داخلی:		نام و نام خانوادگی:
<input type="checkbox"/>	بازنشسته:	<input type="checkbox"/>	شغل:
			نام واحد سازمانی:

ردیف	نام دریافت کننده خدمت	نسبت	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ پرداختی	مرحله ثبت شده درمانت
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						
۱۱						
۱۲						
۱۳						

نام دریافت کننده مدارک (مهر، امضاء و تاریخ):

نام تحویل دهنده مدارک (امضاء و تاریخ):