



بیمه ایران

فرم اعلام خسارت درمان شاغلین

دانشگاه تهران - موسسه دهخدا

نوع طرح :

نام بیمه شده اصلی :

شماره پرسنلی :

کد ملی بیمه شده اصلی :

شماره تماس :

شماره حساب تجارت :

| ردیف  | نام بیمار | نسب با بیمه شده | تاریخ هزینه | کد ملی | نوع هزینه | مبلغ پرداختی بیمار (به ریال) | این قسمت توسط بیمه ایران تکمیل می گردد |      |         | توضیحات |
|-------|-----------|-----------------|-------------|--------|-----------|------------------------------|--|------|---------|---------|
|       |           |                 |             |        |           |                              | مبلغ تأیید شده                         | درصد | فرانشیز |         |
| ۱.    |           |                 |             |        |           |                              |  |      |         |         |
| ۲.    |           |                 |             |        |           |                              |  |      |         |         |
| ۳.    |           |                 |             |        |           |                              |  |      |         |         |
| ۴.    |           |                 |             |        |           |                              |  |      |         |         |
| ۵.    |           |                 |             |        |           |                              |  |      |         |         |
| ۶.    |           |                 |             |        |           |                              |  |      |         |         |
| ۷.    |           |                 |             |        |           |                              |  |      |         |         |
| ۸.    |           |                 |             |        |           |                              |  |      |         |         |
| ۹.    |           |                 |             |        |           |                              |  |      |         |         |
| ۱۰.   |           |                 |             |        |           |                              |  |      |         |         |
| ۱۱.   |           |                 |             |        |           |                              |  |      |         |         |
| ۱۲.   |           |                 |             |        |           |                              |  |      |         |         |
| جمع : |           |                 |             |        |           |                              |  |      |         |         |

مهر و امضا پزشک معتمد شرکت بیمه ایران