



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			
							مبلغ تأیید شده	درصد	فرانشیز	مبلغ قابل پرداخت
۱.										
۲.										
۳.										
۴.										
۵.										
۶.										
۷.										
۸.										
۹.										
۱۰.										
۱۱.										
۱۲.										
جمع :										

مهر و امضا پزشک معتمد شرکت بیمه ایران